

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL PATOLOGI  
PADA NY."Y" DENGAN PERSALINAN PREMATUR  
DI RSIA SITTI FATIMAH MAKASSAR  
TANGGAL 24 JUNI 2010**



**Karya Tulis Ilmiah**

**Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar Ahli Madya  
Kebidanan Jurusan Kebidanan pada Fakultas Ilmu Kesehatan  
UIN Alauddin Makassar**

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
M A K A S S A R

**OLEH:**

**SAENAB  
70400007043**

**PRODI KEBIDANAN  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSTAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR**

**2010**

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Usia kehamilan merupakan salah satu prediktor penting bagi kelangsungan hidup janin dan kualitas hidupnya. Umumnya kehamilan berlangsung cukup bulan bila berlangsung antara 37-41 minggu dihitung dari hari pertama siklus haid terakhir pada siklus 28 hari. Dimana dikatakan Persalinan prematur jika persalinannya terjadi sebelum janin genap berusia 37 minggu. (Widjayanegara, 2009).

Persalinan prematur yang terjadi pada kehamilan 37 minggu atau kurang merupakan hal yang berbahaya karena mempunyai dampak yang berpotensi meningkatkan kematian perinatal. Berat lahir rendah dapat disebabkan oleh bayi prematur dan pertumbuhan janin yang terhambat. Hal ini dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas prenatal. (Sarwono, 2005).

Prematuritas, menjadi masalah kelahiran hampir di seluruh dunia. Jumlah kelahiran prematur yang paling parah terjadi di Afrika dan Asia, di mana terjadi lebih dari 85% kelahiran. Kedua tertinggi ditemukan di Amerika Serikat dan Kanada, dengan jumlah kelahiran prematur lebih dari 10%. Di Amerika Serikat dalam kurun waktu 25 tahun terakhir, jumlah kelahiran prematur meningkat hingga 36%. Salah satu penyebabnya, adalah usia ibu hamil di atas 35 tahun. Di Indonesia sendiri, hingga kini jumlah kelahiran

prematur di Indonesia diperkirakan mencapai 10-15% dari total kelahiran setiap tahunnya.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia WHO, kurang lebih 13 juta bayi lahir prematur di dunia, sebelum usia kehamilan mencapai 37 minggu. Dan lebih dari 1 juta dari mereka, meninggal setiap tahunnya. Bahkan, jumlah ini terus saja mengalami peningkatan. (<http://www.ayahbunda.co.id>)

Dewasa ini Indonesia memiliki angka kejadian prematur sekitar 19% dan merupakan penyebab utama kematian perinatal. Kelahiran prematur juga bertanggung jawab langsung terhadap 75 -79 kematian neonatal yang tidak disebabkan oleh kongenital letal. (Imapid.blogspot.com)

Data yang diperoleh dari Medical Record RSIA Sitti Fatimah Makassar pada bulan Januari-Desember 2009 tercatat jumlah persalinan prematur sebanyak 60 orang.

Dengan mengetahui tingkat resiko pada persalinan prematur, maka dibutuhkan program yang terarah dalam memberikan edukasi dan penanganan medik yang tepat pada proses persalinan prematur agar mendapatkan asuhan persalinan yang aman dan memuaskan. Untuk itu pada penelitian kali ini akan menggambarkan bagaimana manajemen yang tepat pada proses persalinan prematur sehingga dapat menekan meningkatnya angka morbiditas dan mortalitas baik pada ibu maupun bayi.

## **B. Ruang Lingkup Pembahasan**

Dalam pembahasan studi ini menggunakan pendekatan manajemen asuhan kebidanan intranatal patologi pada Ny.“Y” dengan persalinan prematur di RSIA Sitti Fatimah Makassar.

## **C. Tujuan Penulisan**

### **1. Tujuan Umum**

Untuk mendapatkan data dan informasi tentang kasus persalinan prematur serta mampu menerapkan manajemen asuhan kebidanan secara nyata sesuai standar dan wewenang bidan di RSIA Sitti Fatimah Makassar pada tanggal 24 Juni 2010.

### **2. Tujuan Khusus**

Mampu melakukan pengumpulan data dan analisis data dasar pada Ny. “Y” dengan persalinan prematur di RSIA Sitti Fatimah Makassar pada tanggal 24 Juni 2010.

- a. Mampu menentukan dan merumuskan diagnosa / masalah aktual pada Ny. “Y” dengan persalinan prematur di RSIA Sitti Fatimah Makassar pada tanggal 24 Juni 2010.
- b. Mampu menentukan dan merumuskan diagnosa / masalah potensial pada Ny. “Y” dengan persalinan prematur di RSIA Sitti Fatimah Makassar pada tanggal 24 Juni 2010.
- c. Mampu melaksanakan identifikasi perlunya tindakan segera dan kolaborasi pada Ny.“Y” dengan persalinan prematur di RSIA Sitti Fatimah Makassar pada tanggal 24 Juni 2010.

- d. Mampu menentukan rencana tindakan asuhan kebidanan sesuai dengan kasus dengan persalinan prematur di RSIA Sitti Fatimah Makassar pada tanggal 24 Juni 2010.
- e. Mampu melaksanakan tindakan asuhan kebidanan pada Ny. “Y” dengan persalinan prematur di RSIA Sitti Fatimah Makassar pada tanggal 24 Juni 2010.
- f. Mampu melaksanakan evaluasi tindakan asuhan kebidanan pada Ny. “Y” dengan persalinan prematur di RSIA Sitti Fatimah Makassar pada tanggal 24 Juni 2010.
- g. Mampu mendokumentasikan semua temuan dan tindakan dalam asuhan kebidanan yang telah dilaksanakan pada Ny. “Y” dengan persalinan prematur di RSIA Sitti Fatimah Makassar pada tanggal 24 Juni 2010.

#### **D. Manfaat Penulisan**

Adapun manfaat dari penulisan pada kasus tersebut di atas adalah :

1. Merupakan bahan pembelajaran, sumber pengetahuan dan pengalaman bagi penulis dalam menangani persalinan prematur.
2. Sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan pada akademi kebidanan UIN Alauddin Makassar.
3. Sebagai sumbangsih pemikiran bagi petugas kesehatan, utamanya yang ada di RSIA Sitti Fatimah Makassar dalam menangani kasus persalinan prematur.

4. Sebagai sumber informasi dan menambah pengetahuan bagi para pembaca tentang persalinan prematur.

#### **E. Metode Penulisan**

Metode yang di gunakan dalam penulisan karya tulis ini adalah:

1. Studi Pustaka

Penulis membaca dan mempelajari buku-buku serta literatur yang berhubungan dengan kasus persalinan prematur.

2. Studi Kasus

Dengan menggunakan pendekatan proses manajemen asuhan kebidanan yang meliputi pengumpulan data, analisa dan perumusan diagnosa/ masalah aktual dan potensial, perencanaan tindakan, evaluasi dan pendokumentasian.

Untuk memperoleh data dalam pengkajian, penulis menggunakan teknik:

- a. Anamnesa

Penulis melakukan tanya jawab dengan klien, keluarga, bidan dan dokter yang berada di kamar bersalin yang berhubungan dengan kasus yang di hadapi pasien.

- b. Observasi

Penulis memperoleh data dengan cara melakukan pengamatan langsung.

- c. Pemeriksaan fisik

Penulis melakukan pemeriksaan fisik secara menyeluruh dan sistematis agar didapatkan data yang akurat.

### 3. Studi dokumentasi

Penulis memperoleh informasi berdasarkan catatan medik klien, baik dari bidan, dokter maupun data penunjang lainnya.

### 4. Diskusi

Penulis melakukan diskusi dengan tenaga kesehatan, pembimbing dan institusi demi kelancaran penulisan karya tulis ilmiah ini

## **F. Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisan yang di gunakan dalam studi kasus ini sebagai berikut :

### **BAB I : PENDAHULUAN**

- A. Latar belakang
- B. Ruang lingkup pembahasan
- C. Tujuan penulisan
- D. Manfaat penulisan
- E. Metode penulisan
- F. Sisitematika penulisan

### **BAB II : TINJAUAN PUSTAKA**

- A. Tinjauan umum tentang persalinan prematur
  - 1. Pengertian persalinan
  - 2. Tujuan asuhan persalinan
  - 3. Tanda - tanda permulaan persalinan
  - 4. Tahap-tahap dalam proses persalinan

5. Faktor - faktor yang mempengaruhi persalinan
  6. Mekanisme persalinan
- B. Tinjauan khusus tentang persalinan prematur
1. Pengertian persalinan prematur
  2. Klasifikasi persalinan prematur
  3. Etiologi persalinan prematur
  4. Diagnosis persalinan prematur
  5. penanganan persalinan prematur
  6. Pencegahan persalinan prematur
- C. Tinjauan Islam tentang persalinan prematur
- D. Proses manajemen asuhan kebidanan
1. Pengertian manajemen asuhan kebidanan
  2. Tahapan dalam manajemen asuhan kebidanan
- E. Pendokumentasian asuhan kebidanan ( SOAP )

### BAB III : STUDI KASUS

- A. Langkah I : Pengumpulan Data dan Analisa Data Dasar
- B. Langkah II : Perumusan Diagnosa/ Masalah Aktual
- C. Langkah III : Perumusan Diagnosa/ Masalah Potensial
- D. Langkah IV : Pelaksanaan Tindakan Segera dan Kolaborasi
- E. Langkah V : Perumusan Rencana Tindakan Asuhan kebidanan
- F. Langkah VI : Pelaksanaan Tindakan Asuhan Kebidanan
- G. Langkah VII : Evaluasi Tindakan Asuhan Kebidanan



#### BAB IV : PEMBAHASAN

#### BAB V : KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

B. Saran



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum tentang Persalinan**

##### **1. Pengertian persalinan**

- a. Persalinan adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke dunia luar. (Sarwono, 2005)
- b. Persalinan adalah proses alamiah ketika terjadi pembukaan serviks serta pengeluaran janin dan plasenta dari uterus ibu. (Maimunah, 2005)
- c. Persalinan adalah proses pengeluaran bayi dengan usia kehamilan cukup bulan, letak memanjang atau sejajar dengan mbu badan ibu, presentasi belakang kepala, keseimbangan diameter kepala bayi dan panggul ibu, serta dengan tenaga ibu sendiri. (Saifuddin, 2006)
- d. Persalinan adalah proses dimana bayi, plasenta dan selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit. (Asuhan persalinan normal, 2007)
- e. Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. (<http://bidandhila.blogspot.com>)

##### **2. Tujuan asuhan persalinan**

- a. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan persalinan yang

bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi. (Saifuddin, 2006)

- b. Tujuan asuhan persalinan adalah mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayinya melalui berbagai upaya yang terintegrasi dan lengkap serta intervensi minimal sehingga prinsip keamanan dan kualitas pelayanan dapat terjaga pada tingkat optimal. (<http://kuliahibidan.co.cc>)
- c. Tujuan asuhan persalinan adalah:
  - 1) Mendukung ibu, pasangan dan keluarga selama persalinan dan periodenya.
  - 2) Mencegah, mendeteksi dan menangani komplikasi dengan tepat.
  - 3) Mengantisipasi terjadinya masalah potensial.
 (<http://khaidirmuhaj.blogspot.com>)

### 3. Tanda- tanda persalinan (Koesno, 2008/2009)

- a. Adanya lendir yang bercampur dengan darah

Keluarnya lendir yang bercampur darah ini menandakan adanya pembukaan dan pendataran yang disertai penipisan serviks.

- b. Kontraksi yang teratur

Selama kehamilan dapat timbul kontraksi uterus yang bersifat lemah dan tidak teratur (hilang timbul) yang disebut kontraksi Braxton Hicks. Tetapi menjelang persalinan akan timbul kontraksi uterus (his) yang intensitasnya semakin lama semakin kuat, durasinya semakin panjang, dan interval semakin pendek dan disertai nyeri.

c. Pecahnya kantung ketuban

Normalnya kantung amnion atau ketuban akan pecah dengan sendirinya atau harus dipecahkan ketika pembukaan hampir lengkap atau telah lengkap.

4. Tahap-tahap dalam persalinan (Sarwono, 2005)

Persalinan dibagi dalam 4 kala yaitu :

a. Kala I

Partus dapat dinyatakan dimulai, bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah (bloody show). Lendir yang bersemu darah ini berasal dari kanalis servikalis karena serviks mulai membuka atau mendatar. Sedangkan darahnya berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada disekitar kanalis servikalis itu pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka.

Proses membukanya serviks sebagai akibat his dibagi dalam 2 fase yakni :

- 1) Fase laten: berlangsung selama 8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.
- 2) Fase aktif : dibagi dalam 3 fase lagi, yakni:
  - a) Fase akselerasi. Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm tadi menjadi 4 cm.
  - b) Fase dilatasi maksimal. Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

- c) Fase deselerasi. Pembukaan menjadi lambat kembali. Dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap.

Kala I selesai apabila pembukaan serviks uteri telah lengkap. Pada primigravida kala I berlangsung kira-kira 13 jam, sedangkan pada multipara kira-kira 7 jam.

b. Kala II

Pada kala II his menjadi lebih kuat dan lebih cepat, kira-kira 2-3 menit sekali. Karena biasanya dalam hal ini kepala janin sudah masuk diruang panggul, yang secara reflektoris menimbulkan rasa mencedan. Wanita merasa pula tekanan pada rektum dan hendak buang air besar. Kemudian perineum mulai menonjol dan menjadi lebar dengan anus membuka. Labia mulai membuka dan tidak lama kemudian kepala janin tampak dalam vulva pada waktu his.

Bila dasar panggul sudah lebih berelaksasi, kepala janin tidak masuk lagi di luar his, dan dengan his serta kekuatan mencedan maksimal kepala janin dilahirkan dengan suboksiput dibawah simfisis dahi, muka dan dagu melewati perineum. Setelah istirahat sebentar, his mulai lagi untuk mengeluarkan badan, dan anggota bayi. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multipara rata-rata 0,5 jam.

c. Kala III

Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan atau dengan tekanan pada fundus uteri. Pengeluaran plasenta disertai dengan pengeluaran darah.

d. Kala IV

Kala ini dianggap perlu untuk mengamati apakah ada perdarahan post partum.

5. Faktor – faktor yang mempengaruhi persalinan

a. Power (kekuatan)

- 1) Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu.
- 2) Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.
- 3) His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.

b. Passage (jalan lahir)

- 1) Adalah jalan lahir yang harus dilewati oleh janin terdiri dari rongga panggul, dasar panggul, serviks dan vagina.
- 2) Agar janin dan plasenta dapat melalui jalan lahir tanpa ada rintangan, maka jalan lahir tersebut harus normal.

c. Passsanger

- 1) Passenger terdiri dari janin dan plasenta.
- 2) Janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar. (<http://lenteraimpian.wordpress.com>)

6. Mekanisme persalinan

Tahapan mekanisme persalinan:

a. Engagement

- 1) Suatu keadaan dimana diameter biparietal sudah melewati pintu atas panggul, kepala janin terfiksir atau sudah masuk PAP.
- 2) Proses engagement kedalam pintu atas panggul dapat melalui proses normal sinklitismus, asinklitismus anterior dan asinklitismus posterior.
  - a) Normal sinklitismus : Sutura sagitalis tepat diantara simfisis pubis dan sacrum.
  - b) Asinklitismus anterior : Sutura sagitalis lebih dekat kearah sacrum.
  - c) Asinklitismus posterior: Sutura sagitalis lebih dekat kearah simfisis pubis.

b. Descent ( Penurunan )

Penurunan dilaksanakan oleh satu atau lebih kekuatan yaitu:

- 1) Tekanan cairan amnion.

- 2) Tekanan langsung fundus uteri saat kontraksi otot abdomen.

c. Flexi

- 1) Pada gerakan ini, dagu dibawah lebih dekat kearah dada janin.
- 2) Gerakan fleksi terjadi akibat adanya tahanan servik, dinding panggul dan otot dasar panggul.
- 3) Fleksi kepala diperlukan agar dapat terjadi engagement dan descent.
- 4) Bila terdapat kesempitan panggul, dapat terjadi ekstensi kepala sehingga terjadi letak defleksi (presentasi dahi dan presentasi muka).

d. Putaran paksi dalam

- 1) Bersama dengan gerakan descent, bagian terendah janin mengalami putaran paksi dalam pada level setinggi spina ischiadica (bidang tengah panggul).
- 2) Kepala berputar dari posisi transversal menjadi posisi anterior (kadang-kadang kearah posterior).
- 3) Putar paksi dalam berakhir setelah kepala mencapai dasar panggul.

e. Ekstensi

- 1) Akses jalan lahir mengarah kedepan atas, maka gerakan ekstensi kepala harus terjadi sebelum dapat melewati pintu bawah panggul.



- 2) Akibat proses descent lebih lanjut, perineum menjadi teregang dan diikuti dengan “crowning”.

f. Putaran paksi luar

Setelah kepala lahir, terjadi putaran paksi luar (restitusi) yang menyebabkan posisi kepala kembali pada posisi saat engagement terjadi dalam jalan lahir.

g. Ekspulsi

Pengeluaran seluruh tubuh janin.

(<http://blogwordpress.com>)

## B. Tinjauan Khusus tentang Persalinan Prematur



**Gambar II.I Bayi Prematur**

Sumber: <http://mediailmukeperawatan-susanto.blogspot.com>

## 1. Pengertian persalinan prematur

- a. Persalinan prematur adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan 37 minggu atau kurang, persalinan prematur merupakan hal yang berbahaya karena mempunyai dampak yang potensial meningkatkan kematian perinatal. (Sarwono, 2005)
- b. Persalinan prematur adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu (antara 20-37 minggu) atau dengan berat janin kurang dari 2500 gram. (Saifuddin, 2006)
- c. Persalinan prematur adalah persalinan belum cukup umur dibawah 37 minggu atau berat bayi kurang dari 2500 gram. (Manuaba, 2008)
- d. Persalinan prematur menurut WHO adalah persalinan yang terjadi antara kehamilan 20 minggu sampai dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu. (Wijayanegara, 2009)
- e. Persalinan prematur adalah persalinan yang terjadi setelah 20 minggu dan sebelum 37 minggu. (Morgan, 2009)
- f. Persalinan prematur adalah salah satu persalinan yang tidak normal dari segi umur kehamilan, yaitu persalinan yang terjadi pada umur kandungan kurang dari normal. (<http://himapid.blogspot.com>)
- g. Persalinan prematur adalah persalinan yang dimulai setiap saat setelah awal minggu gestasi ke-20 sampai akhir gestasi ke-37. (<http://ilmukomputer2.blogspot.com>)

## 2. Klasifikasi persalinan prematur (Pribadi, 2009)

- a. Menurut kejadiannya, persalinan prematur digolongkan menjadi:

### 1) Idiopatik/ spontan

Sekitar 50% penyebab persalinan prematur tidak diketahui, oleh karena itu, digolongkan pada kelompok idiopatik atau persalinan prematur spontan. Termasuk kedalam golongan ini antara lain persalinan prematur akibat kehamilan kembar, poli hidramnion atau persalinan prematur yang didasari oleh faktor psikososial dan gaya hidup.

Saat ini penggolongan idiopatik dianggap berlebihan, karena ternyata setelah diketahui banyak faktor yang terlibat dalam persalinan prematur, maka sebagian besar penyebab persalinan prematur dapat digolongkan kedalamnya. Apabila faktor-faktor penyebab lain tidak ada sehingga penyebab prematuritas tidak dapat diterangkan, maka penyebab persalinan prematur ini disebut idiopatik.

### 2) Latrogenik/ Elektif

Perkembangan teknologi kedokteran dan perkembangan etika kedokteran menempatkan janin sebagai individu yang mempunyai hak atas kehidupannya. Maka apabila kelanjutan kehamilan diduga dapat membahayakan janin, janin akan dipindahkan kelingkungan luar yang dianggap lebih baik dari rahim ibunya sebagai tempat kelangsungan hidupnya. Kondisi tersebut menyebabkan persalinan prematur buatan/latrogenik.

Hal-hal yang dapat menyebabkan persalinan prematur antara lain:

a) Keadaan ibu yang sering menyebabkan persalinan prematur elektif adalah:

- (1) Preeklampsia berat dan eklampsia.
- (2) Perdarahan antepartum (plasenta previa, dan solusio plasenta).
- (3) Korioamnionitis
- (4) Penyakit jantung yang berat atau penyakit paru/ginjal yang berat.

b) Keadaan janin yang dapat menyebabkan persalinan prematur dilakukan adalah:

- (1) Gawat janin (hipoksia, asidosis atau gangguan jantung janin).
- (2) Infeksi intrauterin.
- (3) Pertumbuhan janin terhambat (IUGR).

b. Menurut usia kehamilannya, maka klasifikasi persalinan prematur adalah sebagai berikut:

- 1) Usia kehamilan 32-36 minggu disebut persalinan prematur.
- 2) Usia kehamilan 28-32 minggu disebut sangat prematur.
- 3) Usia kehamilan antara 20-27 minggu disebut ekstrim prematur.

c. Menurut berat badan lahir, maka bayi prematur dibagi dalam kelompok:

- 1) Berat badan bayi 1500-2500 gram disebut bayi dengan berat badan lahir rendah.
- 2) Berat badan bayi 1000-1500 gram disebut bayi dengan berat badan lahir sangat rendah.
- 3) Berat badan bayi <1000 gram disebut bayi dengan berat badan lahir ekstrim rendah.

3. Etiologi persalinan prematur (Sarwono, 2005)

Etiologi persalinan prematur sering kali tidak diketahui. Ada beberapa kondisi medik yang mendorong untuk dilakukan tindakan sehingga terjadi persalinan prematur.

a. Kondisi yang menimbulkan partus prematur

1) Hipertensi

Tekanan darah tinggi menyebabkan penolong cenderung untuk mengakhiri kehamilan, hal ini menimbulkan prevalensi persalinan prematur meningkat.

2) Perkembangan janin terhambat

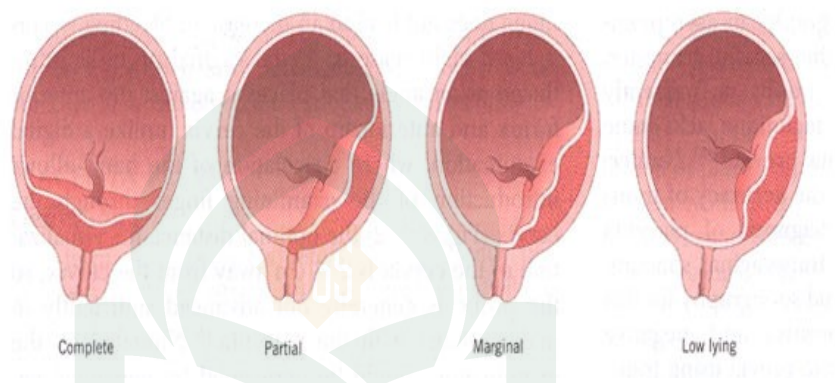
Perkembangan janin terhambat merupakan kondisi dimana Salah satu sebabnya ialah pemasokan oksigen dan makanan mungkin kurang adekuat dan hal ini mendorong untuk terminasi kehamilan lebih dini.

3) Solusio plasenta

Terlepasnya plasenta akan merangsang untuk terjadi persalinan preterm, meskipun sebagian besar (65 %) terjadi pada

aterm. Pada pasien dengan riwayat solusio plasenta maka kemungkinan terulang menjadi lebih besar yaitu 11 %.

#### 4) Plasenta previa



**Gambar II.2 Plasenta Previa**  
**Sumber:**<http://www.womenshealthsection.com>

Plasenta previa sering kali berhubungan dengan persalinan prematur, akibat harus dilakukan tindakan pada perdarahan yang banyak. Bila telah terjadi perdarahan yang banyak maka kemungkinan kondisi janin kurang baik karena hipoksia.

#### 5) Diabetes

Pada kehamilan dengan diabetes yang tidak terkendali maka dapat dipertimbangkan untuk mengakhiri kehamilan. Tapi saat ini dengan pemberian insulin dan diet yang terprogram, umumnya gula darah dapat dikendalikan.

b. Kondisi yang menimbulkan kontraksi

Ada beberapa kondisi ibu yang merangsang terjadi kontraksi spontan, kemungkinan telah terjadi produksi prostaglandin.

1) Kelainan bawaan uterus

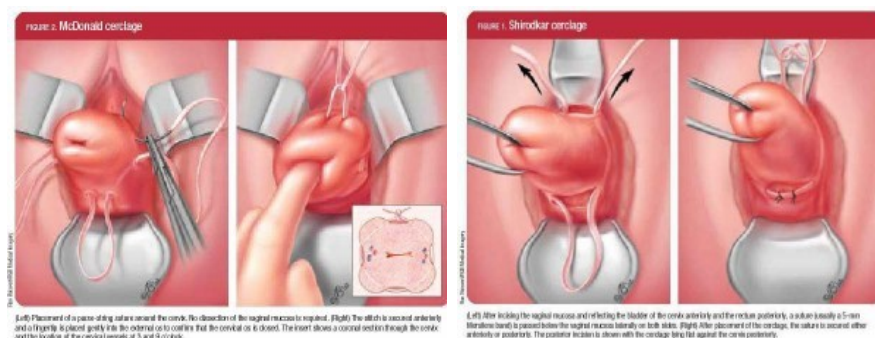
Meskipun jarang terjadi tetapi dapat dipertimbangkan hubungan kejadian partus prematur dengan kelainan uterus yang ada.

2) Ketuban pecah dini

Ketuban pecah mungkin mengawali terjadinya kontraksi atau sebaliknya. Ada beberapa kondisi yang mungkin menyertai seperti : serviks inkompeten, hidramnion, kehamilan ganda, infeksi vagina dan serviks. Infeksi asenden merupakan teori yang cukup kuat dalam mendukung terjadinya amnionitis dan ketuban pecah.

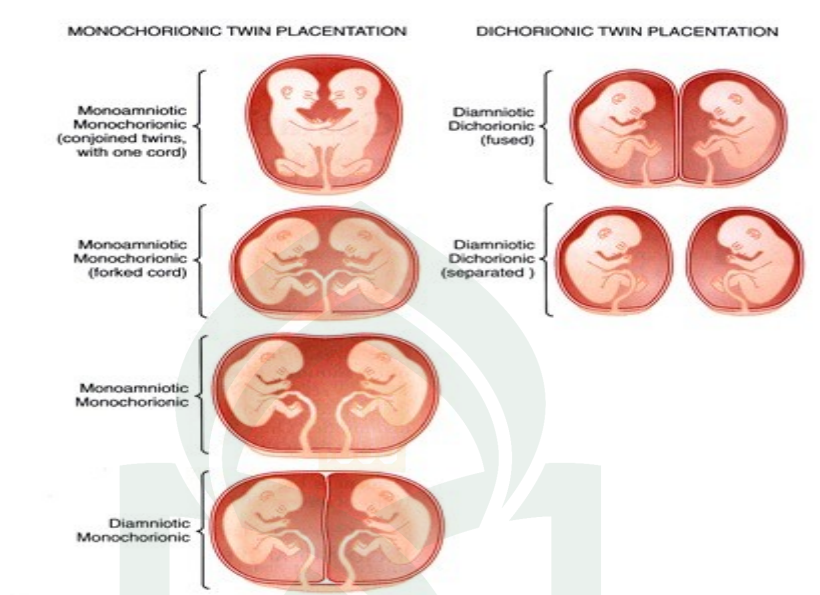
3) Serviks inkompeten

Hal ini juga mungkin menjadi penyebab abortus selain partus prematur. Riwayat tindakan terhadap serviks dapat dihubungkan dengan terjadinya inkompeten.



**Gambar II.3 Serviks Inkompeten**  
**Sumber: <http://drnyol.info/wp-content/uploads>**

- 4) Kehamilan ganda sebanyak 10 % pasien dengan partus prematur ialah kehamilan ganda dan secara umum kehamilan ganda mempunyai panjang usia gestasi yang lebih pendek.



**Gambar II.4 Kehamilan Ganda**  
**Sumber:** <http://reproduksiumj.blogspot.com>

4. Diagnosis persalinan prematur (Sabaruddin, 2009)

Diagnosis persalinan prematur didefinisikan sebagai persalinan yang terjadi antara kehamilan 20 minggu sampai sebelum usia kehamilan genap 37 minggu. Diagnosis yang akurat diperlukan untuk menentukan pengelolaan selanjutnya sehubungan kontroversi antara efektifitas dan efek samping obat-obat yang dipakai untuk pencegahan persalinan prematur.

Diagnosis klinis dapat ditegakkan dengan:

a. Penentuan usia kehamilan

Penentuan usia kehamilan harus menjadi perhatian utama dalam menentukan diagnosis, karena pada pasien yang tidak terdaftar tidak



mudah membedakan dengan kondisi pertumbuhan janin terhambat.

Anamnesis yang baik digabungkan dengan catatan pemeriksaan kehamilan sebelumnya akan sangat membantu menentukan usia kehamilan.

b. Tanda klinis

Tanda klinis persalinan prematur yaitu meningkatnya frekuensi kontraksi rahim, terdapat perubahan serviks, dan adanya perdarahan pervaginam.

5. Penanganan persalinan prematur (Saifuddin, 2006)

a. Bila perlu lakukan penilaian tentang:

- 1) Umur kehamilan, karena lebih bisa dipercaya untuk penentuan prognosis dari pada berat janin.
- 2) Demam atau tidak.
- 3) Kondisi janin, (jumlahnya, letak atau presentasi, taksiran berat janin, hidup, gawat janin atau mati, kelainan kongenital, dan sebagainya) dengan USG.
- 4) Letak plasenta perlu diketahui untukantisipasi irisan seksio sesarea.
- 5) Fasilitas dan petugas yang mampu menangani calon bayi terutama adanya seorang neonatologis, bila perlu dirujuk.

b. Prinsip penanganan

- 1) Coba hentikan kontraksi uterus/ penundaan kelahiran, atau
- 2) Persalinan berjalan terus dan siapkan penanganan selanjutnya.

c. Upaya menghentikan kontraksi uterus

Kemungkinan obat-obat tokolitik hanya berhasil sebentar tapi penting untuk dipakai memberikan kortikosteroid sebagai induksi maturitas paru bila usia gestasi kurang dari 35 minggu.

Intervensi ini bertujuan untuk menunda kelahiran sampai bayi cukup matang. Penundaan kelahiran ini dilakukan bila:

- 1) Umur kehamilan kurang dari 35 minggu.
- 2) Pembukaan serviks kurang dari 3 cm.
- 3) Tidak ada amnionitis, preeklampsia atau perdarahan yang aktif.
- 4) Tidak ada gawat janin.

Ibu masuk rumah sakit (rawat inap), lakukan evaluasi terhadap his dan pembukaan

- 1) Berikan kortikosteroid untuk memperbaiki kematangan paru janin.
- 2) Berikan 2 dosis betamethason 12 mg IM selang 12 jam (atau berikan 4 dosis dexamethason 5 mg IM selang 6 jam).
- 3) Steroid tidak boleh diberikan bila ada infeksi yang jelas.

6. Pencegahan persalinan prematur (Sarwono, 2005)

Meskipun disadari manfaat pemeriksaan antenatal dalam menurunkan kejadian berat lahir rendah, tetapi kualitas pelayanan masih perlu disangsikan. Secara luas perlu dilakukan upaya menurunkan kejadian berat lahir rendah dengan:

- a. Pendidikan masyarakat melalui media yang ada tentang bahaya dan kerugian persalinan preterm atau berat lahir rendah. Masyarakat

diharapkan untuk menghindari faktor diantaranya ialah dengan menjarangkan kelahiran menjadi lebih dari 3 tahun, menunda usia hamil sampai 22-23 tahun dan sebagainya.

- b. Menggunakan kesempatan periksa hamil dan memperoleh pelayanan antenatal yang baik.
- c. Mengusahakan makan yang lebih baik pada masa hamil agar menghindari kekurangan gizi dan anemia.
- d. Menghindarkan kerja berat selama hamil, dalam hal ini diperlukan peraturan yang melindungi wanita hamil dan sangsi pemutusan hubungan kerja.

### C. Tinjauan Islam tentang Persalinan Prematur

Hamil merupakan suatu masa dari mulai terjadinya pembuahan dalam rahim seseorang sampai bayinya lahir, sesungguhnya kehamilan banyak diselimuti misteri, kehamilan merupakan salah satu dari lima hal yang tidak seorang manusia pun mengetahuinya selain Allah SWT.

Proses penciptaan manusia telah dijelaskan oleh Allah SWT dalam Q.S al-Hajj (22): 5

ثُمَّ نُطْفِئُ مِنْ ثُمَّ تُرَابٍ مِّنْ خَلَقْنَكُمْ فَإِنَّا أَلْبَعَثْ مِنْ رَّيْبٍ فِي كُنْتُمْ إِن النَّاسُ يَتَأْتِيهَا  
إِلَىٰ نَشَاءٍ مَا الْآرْحَامِ فِي وَنُقِرُّ لَكُمْ لِئَبْيَنَ مُخْلَقَةٍ وَغَيْرِ مُخْلَقَةٍ مُّضْغَةٍ مِنْ ثُمَّ عَلَقَةٍ مِنْ  
مُّ يُتَوَفَّى مِنْ وَمِنْكُمْ أَشَدَّكُمْ لَتَبْلُغُوا ثُمَّ طِفْلاً خُرْجُكُمْ ثُمَّ مُسَمًّى أَجَلِ

الْأَرْضَ وَتَرَىٰ شَيْئًا عِلْمٍ بَعْدَ مِنْ يَعْلَمُ لِكَيْلَا الْعُمْرُ أَرْدَلِ إِلَىٰ يَرُدُّ مَنْ وَمِنْكَ  
 ﴿بِهِجِ زَوْجَ كُلِّ مَنْ وَأُنْبِتَتْ وَرَبَّتْ أَهْتَرَّتْ الْمَاءَ عَلَيْهَا أَنْزَلْنَا فَإِذَا هَامِدَةٌ﴾

Terjemahnya:

“Hai manusia, jika kamu dalam keraguan tentang kebangkitan (dari kubur), Maka (ketahuilah) Sesungguhnya kami Telah menjadikan kamu dari tanah, Kemudian dari setetes mani, Kemudian dari segumpal darah, Kemudian dari segumpal daging yang Sempurna kejadiannya dan yang tidak sempurna, agar kami jelaskan kepada kamu dan kami tetapkan dalam rahim, apa yang kami kehendaki sampai waktu yang sudah ditentukan, Kemudian kami keluarkan kamu sebagai bayi, Kemudian (dengan berangsur- angsur) kamu sampailah kepada kedewasaan, dan di antara kamu ada yang diwafatkan dan (adapula) di antara kamu yang dipanjangkan umurnya sampai pikun, supaya dia tidak mengetahui lagi sesuatupun yang dahulunya telah diketahuinya. dan kamu lihat bumi Ini kering, Kemudian apabila telah kami turunkan air di atasnya, hiduplah bumi itu dan suburlah dan menumbuhkan berbagai macam tumbuh-tumbuhan yang indah”.

Proses penciptaan manusia juga dipertegas dalam Hadits riwayat

*Muhammad bin Isma'il al-Bukhari dan Sahih al-Bukhari yang berbunyi:*

إِذَا جُمِعَ فِي بَطْنِ أَوْبَعَيْنِ يَوْمًا تُحْكَمُ لِقَاءَ مِثْلٍ لَكَ ثُمَّ  
 يَكُونُ مُضْغَةً مِثْلَ لَيْكِبْتُمْ اللَّهُ لِكَيْلًا أَرْبَعِ كَلِمَاتٍ كَتِيبٌ عَمَلُهُ  
 وَأَجَلُهُ وَرِزْقُهُ قِيٌّ أَوْ سِيءٌ ثُمَّ يُفْخِ فِيهِ الرُّوحُ

Artinya:

“Sesungguhnya setiap orang dari kalian dikumpulkan (antara sperma dan ovum) didalam perut ibunya 40 hari, kemudian menjadi ‘*alaqah* selama 40 hari, kemudian menjadi ‘*mudgah* 40 hari, kemudian Allah mengutus malaikat kepadanya dengan 4 kata, lalu ditulislah amalnya, ajalnya, rezekinya, sengsara atau bahagia, kemudian ditiupkan ruh kepadanya”.

Ayat di atas menjelaskan bahwa segala sesuatu yang ada di muka bumi ini

adalah kehendak dari Allah SWT, tidak ada seorangpun manusia yang mengetahui

kejadian yang akan menyimpannya begitu halnya dengan kehamilan dan persalinan.

tidak semua persalinan dapat berjalan normal seperti persalinan prematur.

Manusia hanya bisa berusaha dan berdo'a.

Pertumbuhan dan perkembangan janin hari demi hari dalam kandungan tanpa disadari sudah mempunyai ukuran dan kematangan yang siap untuk dilahirkan. Dalam hal ini peranan orang tua terutama seorang ibu sangatlah penting mulai dari hamil, melahirkan, dan menyusui.

Firman Allah dalam Q.S al-Ahqaf (46): 15

صَلُّهُ وَحَمْلُهُ كُرْهًا وَوَضَعْتَهُ كُرْهًا أُمُّهُ حَمَلَتْهُ إِحْسَنًا بِوَالِدَيْهِ إِلَّا نَسَنَ وَوَصَّيْنَا  
أَشْكُرَ أَنْ أَوْزَعَنِي رَبِّ قَالَ سِنَّةً أَرْبَعِينَ وَبَلَغَ أَشُدَّهُ بَلَغَ إِذَا حَتَّىٰ شَهْرًا ثَلَاثُونَ وَفِ  
تِي فِي لِي وَأَصْلَحَ تَرْضَهُ صَلَاحًا أَعْمَلُ وَأَنَّ وَالِدَيَّ وَعَلَىٰ عَلَيَّ أَنْعَمْتَ الَّتِي نِعْمَتِكَ  
﴿الْمُسْلِمِينَ مِنْ وَإِنِّي إِلَيْكَ تُبْتُ إِنِّي ذُرِّي﴾

Terjemahnya:

“Kami perintahkan kepada manusia supaya berbuat baik kepada dua orang ibu bapaknya, ibunya mengandungnya dengan susah payah, dan melahirkannya dengan susah payah (pula). mengandungnya sampai menyapihnya adalah tiga puluh bulan, sehingga apabila dia telah dewasa dan umurnya sampai empat puluh tahun ia berdoa: "Ya Tuhanku, tunjukilah aku untuk mensyukuri nikmat Engkau yang telah Engkau berikan kepadaku dan kepada ibu bapakku dan supaya aku dapat berbuat amal yang saleh yang Engkau ridhai; berilah kebaikan kepadaku dengan (memberi kebaikan) kepada anak cucuku. Sesungguhnya aku bertaubat kepada Engkau dan sesungguhnya aku termasuk orang-orang yang berserah diri”.

Firman Allah dalam Q.S Luqman (31): 14

كُرَّ أَنْ عَامَيْنِ فِي وَفَصَّلُهُ، وَهَنْ عَلَى وَهَنَا أُمُّهُ، حَمَلَتْهُ بِوَالِدَيْهِ الْإِنْسَنَ وَوَصَّيْنَا  
 الْمَصِيرُ إِلَيَّ وَلَوْلَدَيْكَ لِي أَشْ

Terjemahnya:

“Dan kami perintahkan kepada manusia (berbuat baik) kepada dua orang ibu-bapanya; ibunya telah mengandungnya dalam keadaan lemah yang bertambah-tambah, dan menyapihnya dalam dua tahun. Bersyukurlah kepadaku dan kepada dua orang ibu bapakmu, Hanya kepada-Kulah kembalimu”.

Kedua ayat diatas mengingatkan kepada umat manusia untuk berbuat baik kepada kedua orang tuanya, karena hal itu adalah kewajiban seorang anak kepada kedua orang tuanya, ibunya telah mengandungnya  $\pm$  9 bulan lamanya dalam keadaan lemah yang bertambah-tambah. Dalam surah al Ahqaf ayat 15 menyatakan bahwa masa hamil dan menyusui minimal 30 bulan sedangkan dalam surah Luqman ayat 14 menyatakan masa menyusui itu selama 2 tahun atau 24 bulan, jadi masa hamil sampai melahirkan pada ayat tersebut adalah 6 bulan. Hal ini dikenal dalam ilmu kesehatan yaitu persalinan prematur.

#### **D. Proses Manajemen Asuhan Kebidanan**

1. Pengertian manajemen kebidanan (Asri dan Mufdlilah, 2009)

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

2. Tahapan manajemen asuhan kebidanan (Suriani, 2007)

Manajemen kebidanan terdiri dari beberapa langkah yang berurutan yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan diakhiri dengan evaluasi. Langkah-langkah tersebut membentuk kerangka yang lengkap yang bisa diaplikasikan dalam semua situasi. Akan tetapi, setiap langkah tersebut bisa dipecah-pecah ke dalam tugas-tugas tertentu dan semuanya bervariasi sesuai dengan kondisi klien.

Setiap langkah dalam manajemen kebidanan akan dijabarkan, sebagai berikut :

a. Langkah I : Tahap pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama dikumpulkan semua informasi (data) yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara:

1) Anamnesis

Anamnesis dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, bio-psiko-sosial-spiritual, serta pengetahuan klien.

2) Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, meliputi:

- a) Pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi).
- b) Pemeriksaan penunjang (laboratorium dan catatan terbaru serta catatan sebelumnya).

b. Langkah II : Interpretasi data dasar

Pada langkah ke dua dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut kemudian diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Baik rumusan diagnosis maupun masalah, keduanya harus ditangani. Meskipun masalah tidak dapat diartikan sebagai diagnosis, tetapi tetap membutuhkan penanganan.

c. Langkah III : Identifikasi diagnosa/masalah potensial dan Antisipasi Penangannya

Pada langkah ke tiga kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis/masalah potensial ini menjadi kenyataan. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV : Menetapkan perlunya konsultasi dan kolaborasi segera dengan tenaga kesehatan lain

Bidan mengidentifikasi perlunya bidan atau dokter melakukan konsultasi atau penanganan segera bersama anggota tim kesehatan lain sesuai dengan kondisi klien.



Langkah ke empat mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Jadi, manajemen tidak hanya berlangsung selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja, tetapi selama wanita tersebut dalam dampingan bidan. Misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

e. Langkah V : Menyusun rencana asuhan menyeluruh

Pada langkah ke lima direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen untuk masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

f. Langkah VI : Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, namun ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya dengan memastikan bahwa langkah tersebut benar-benar terlaksana).

g. Langkah VII : Evaluasi

Pada langkah terakhir dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan. Ini meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sebagaimana diidentifikasi

didalam diagnosis dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

**E. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (Salmah, 2007)**

Menurut Helen Varney, alur berpikir bidan saat saat menghadapi klien meliputi 7 langkah. Untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, didokumentasikan dalam bentuk SOAP, yaitu :

1. Data subjektif

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis.

2. Data objektif

Data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik mencakup inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi serta pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan penunjang laboratorium dan diagnostik.

3. Assesment/diagnosa

Merupakan keputusan yang ditegakkan dari hasil perumusan masalah yang mencakup kondisi, masalah dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Penegakan kondisi diagnosa kebidanan dijadikan sebagai dasar tindakan dalam upaya menanggulangi ancaman keselamatan pasien/klien.

4. Planning/perencanaan

Rencana kegiatan mencakup langkah-langkah yang akan dilakukan oleh bidan dalam melakukan intervensi untuk memecahkan masalah pasien/klie,

### **BAB III**

### **STUDI KASUS**

Dalam studi kasus ini penulis menggunakan proses manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari 7 langkah Varney yang dimulai dari langkah pertama yaitu identifikasi data dasar sampai dengan langkah ketujuh yaitu evaluasi dan disertai dengan dokumentasi kebidanan. Adapun studi kasus yang akan diuraikan adalah sebagai berikut:

**MANEJEMEN ASUHAN KEBIDANAN INTRANATAL PATOLOGI**  
**PADA NY "Y" DENGAN PERSALINAN PREMATUR**  
**DI RSIA SITI FATIMAH MAKASSAR**  
**TGL 24 JUNI 2010**

No Register : 04 94 22

Tgl MRS : 24 Juni 2010, jam 07.00 wita.

Tgl partus : 24 Juni 2010, jam 10.40 wita.

Tgl pengkajian : 24 Juni 2010, jam 07.15 wita.

Pengkaji : Saenab

## KALA I

### LANGKAH 1: IDENTIFIKASI DATA DASAR

#### A. Identitas istri / suami

1. Nama : Ny “Y” / Tn “S”
2. Umur : 21 tahun / 21 tahun
3. Lamanya menikah :  $\pm$  3 tahun
4. Suku : Bugis / Takalar
5. Agama : Islam / Islam
6. Pendidikan : SMA / SMA
7. Pekerjaan : IRT / Wiraswasta
8. Alamat : Jln. Pallantikang, Takalar.

#### B. Data Biologis atau Fisiologis

1. Keluhan utama : Nyeri perut tembus ke belakang disertai pelepasan lendir dan darah sejak Tgl 24 Juni 2010, jam 05.00 wita.
2. Riwayat keluhan utama
  - a. Sifat nyeri hilang timbul.
  - b. Lokasi nyeri dari perut menyebar kebelakang.

- c. Usaha klien mengatasi keluhan dengan mengelus-elus perut dan punggungnya.

C. Riwayat kesehatan yang lalu

- 1. Tidak ada riwayat alergi makanan dan obat.
- 2. Tidak ada ketergantungan obat, alkohol dan rokok.
- 3. Ibu tidak pernah menderita penyakit yang serius dan harus dioperasi.

D. Riwayat kesehatan keluarga

- 1. Tidak ada riwayat penyakit menular.
- 2. Tidak ada riwayat DM, Hipertensi, jantung, asma.

E. Riwayat Reproduksi

- 1. Riwayat menstruasi

Menarche umur : 15 tahun

Siklus : 28 – 30 hari

Durasi : 5 – 6 hari

Dismenorrhoe : Tidak ada

- 2. Riwayat kehamilan sekarang

a. GII P1 AO.

b. Hari pertama haid terakhir (HPHT) : Tanggal 1 Nopember 2009.

Hari taksiran persalinan (HTP) : Tanggal 08 Agustus 2010.

c. Antenatal care (ANC) 3x di PKM Pattalassang.

- d. Imunisasi tetanus toksoid (TT) lengkap.

TT I Tgl 03-01-2009 di PKM Pattallassang.

TT II Tgl 12-02-2010 di PKM Pattallassang.

- e. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Tahun	JK	BB	UK	Proses	Penolong	Tempat persalinan
2007	L	2800 gr	40	Spontan	Bidan	PKM pattallassang
2009	Hamil sekarang					

3. Riwayat Ginekologi

Tidak pernah mengalami suatu kelainan.

4. Riwayat KB

Ibu pernah menggunakan Alat kontrasepsi jenis suntikan 1 bulan tetapi berhenti dengan alasan ingin mempunyai anak lagi.

F. Riwayat pemenuhan kebutuhan Dasar

1. Pola Nutrisi

a. Kebiasaan

- 1) Makan 3 kali sehari, porsi sedang, dan nafsu makan baik.
- 2) Minum 6 – 7 gelas sehari.

b. Selama in partu

- 1) Makan 1 kali.
- 2) Minum sesuai kebutuhan.

## 2. Pola Eliminasi

### a. Kebiasaan

1) BAB : 1 kali sehari, warna kuning kecoklatan, konsistensi lunak.

2) BAK : 3 – 4 kali sehari, warna kuning, bau amoniak.

### b. Selama in partu

1) BAB : -

2) BAK : 3 kali sehari.

## 3. Pola Istirahat

### a. Kebiasaan

1) Tidur siang  $\pm$  1 – 2 jam sehari.

2) Tidur malam  $\pm$  7 – 8 jam sehari.

### b. Saat hamil

1) Tidur siang  $\pm$  1 jam sehari.

2) Tidur malam  $\pm$  7 – 8 jam sehari.

## 4. Personal hygiene

### a. Kebiasaan

1) Mandi 3 kali sehari memakai sabun mandi.

2) Gosok gigi 2-3 kali sehari menggunakan pasta gigi.

3) Keramas 3 kali seminggu memakai shampoo.

4) Pakaian dalam diganti setiap habis mandi.

b. Selama in partu: Belum pernah mandi, keramas dan sikat gigi.

#### G. Pemeriksaan Fisik

##### 1. Pemeriksaan umum

a. Keadaan umum ibu baik.

b. Kesadaran composmentis.

c. Tinggi badan : 155 cm

d. Berat badan sebelum hamil : 46 kg kenaikan :  $\pm 7$  kg

Berat badan sekarang : 53 kg

e. Lingkar lengan atas: 24 cm

f. Tanda-tanda vital :

Tekanan darah: 100/70 mmHg Suhu :  $37,5^{\circ}\text{C}$

Nadi : 88 kali/menit Pernapasan : 20 kali/menit



## 2. Pemeriksaan khusus

### a. Kepala

Inspeksi : Rambut hitam bersih dan tidak rontok.

Palpasi : Tidak ada massa dan nyeri tekan.

### b. Mata

Inspeksi : Konjungtiva merah muda, sklera putih.

### c. Hidung

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada polip dan peradangan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

### d. Telinga

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

### e. Mulut dan gigi

Inspeksi : Bibir lembab, tidak ada sariawan, 1 caries lama dan 2 gigi tercabut.

### f. Leher

Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, kelenjar limfe, dan vena jugularis.

g. Dada

Inspeksi : Payudara simetris kiri dan kanan, puting susu terbentuk, hiperpigmentasi pada areola mammae

Palpasi : Colostrum ada saat areola dipencet, tidak ada massa dan nyeri tekan.

h. Abdomen

Inspeksi : Nampak linea nigra dan striae alba, tidak ada luka bekas operasi.

Palpasi : Leopold I : 1/2 Pusat Px, 30 cm, teraba bokong pada fundus

Leopold II : Punggung kanan

Leopold III : Kepala

Leopold IV : Bergerak dalam panggul (BDP)

His 3x dalam 10 menit, durasi 30-35 detik.

Auskultasi: Denyut jantung janin terdengar jelas dan teratur pada kuadran kanan bawah dengan frekuensi 160x/menit.

i. Ekstremitas atas/bawah

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, terpasang infus RL 28 tts/menit pada tangan kanan, tidak ada varices.

Palpasi : Tidak ada oedema dan nyeri tekan.

Perkusi : Reflex patella (+) kiri dan kanan.

- j. Genitalia : Tidak ada varises, tidak ada oedema, nampak pengeluaran lendir dan darah.

VT Tgl 24-06-2010, jam 07.30 wita

1) Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan

2) Porsio : Tebal

3) Pembukaan : 6 cm

4) Ketuban : Utuh

5) Presentase : Kepala

6) Penurunan : Hodge II

7) Moulase : Tidak ada

8) Penumbungan : Tidak ada

9) Kesan panggul : Normal

10) Pelepasan : Lendir dan darah

#### H. Riwayat sosial ekonomi

1. Ini pernikahan ibu yang pertama dengan suaminya sekarang  $\pm$  3 tahun.
2. Ibu mengerjakan sendiri Pekerjaan rumah tangganya.
3. Suami adalah pengambil keputusan dalam keluarga.

4. Suami dan keluarga senang dengan kehamilan ini.

#### I. Data Psikologis

1. Keluarga menunggu selama proses persalinan.
2. Ibu tidak pernah mempermasalahkan jenis kelamin anaknya.

#### J. Data spiritual

Ibu selalu berdo'a semoga persalinannya berjalan dengan lancar sehingga ibu dan bayinya sehat dan selamat.

### **LANGKAH II: IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH AKTUAL**

Diagnosa : G II P I AO, gestasi 28-30 minggu, situs memanjang, intra uterin, tunggal, keadaan janin, keadaan ibu, in partu kala I fase aktif.

Masalah Aktual: Kecemasan

#### 1. GII PI AO

DS :

- a. Ibu mengatakan ini kehamilannya yang kedua dan tidak pernah keguguran.
- b. Ibu merasakan pergerakan janinnya sejak usia 5 bulan sampai sekarang.

DO :

- a. Tonus otot tampak kendur, tampak striae alba.

b. Palpasi abdomen :

Leopold I :  $\frac{1}{2}$  Pusat Px, 30 cm, teraba bokong pada fundus

Leopold II : Punggung kanan

Leopold III : Kepala

Leopold IV : Bergerak dalam panggul (BDP)

Analisa dan interpretasi data

- a. Pada multigrafida tonus otot perut tampak kendur karena sudah mengalami peregangan sebelumnya.
- b. Pada multigrafida terdapat garis-garis putih agak mengkilat yang merupakan bekas dari striae gravidarum pada kehamilan yang lalu disebut striae albican yang timbul akibat hiperfungsi glandula supranalis dan timbul garis lurus berwarna hitam disebut Linea nigra.
- c. Tanda pasti hamil diantaranya terabanya bagian-bagian janin saat palpasi.

2. Gestasi 28-30 minggu

DS :

- a. Ibu mengatakan hari pertama haid terakhirnya tanggal 01-11-2009
- b. Ibu mengatakan umur kehamilanya  $\pm 7$  bulan

DS :

- a. Hari taksiran persalinan : Tanggal 08-08-2010
- b. Leopold I : Tinggi fundus uteri  $\frac{1}{2}$  Pusat Px, 30 cm, teraba bokong pada fundus
- c. Tanggal pengkajian 24-06-2010

Analisa dan interpretasi data:

- a. Dari hari pertama haid terakhir tanggal 01-11-2009 sampai tanggal pengkajian 24-06-2010 maka ibu amenorhoe selama 207 hari atau umur kehamilan ibu 29 minggu 4 hari.

- b. Menurut rumus Mac. Donald :

$$\frac{TFU \text{ dalam cm}}{3,5} = \text{Tuanya kehamilan} = \frac{30}{3,5} : 8,5 \text{ bulan.}$$

### 3. Situs memanjang

DS : Ibu mengatakan pergerakan janinnya kuat terutama disebelah kiri perut ibu.

DO: Palpasi : Leopold I : Tinggi fundus uteri  $\frac{1}{2}$  Pusat Px, 30 cm, teraba bokong pada fundus

Leopold II : Punggung kanan

Leopold III: Kepala

Leopold IV: Bergerak dalam panggul (BDP)

Auskultasi : Denyut jantung janin (+) dengan frekuensi 160x/menit pada kuadran kanan perut ibu

Analisa dan interpretasi data:

Jika ukuran janin adalah ukuran bokong/kepala dan sesuai dengan sumbu panjang ibu maka janin dalam keadaan letak memanjang.

#### 4. Intra uterin

DS : Ibu mengatakan janinnya bergerak kuat.

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami nyeri perut hebat selama hamil.

DO : Ibu tidak merasa nyeri saat di palpasi.

Pada palpasi di dapatkan :

Leopold 1 : Tinggi fundus uteri  $\frac{1}{2}$  Pusat Px, 30 cm, teraba bokong pada fundus

Leopold II : Punggung kanan

Leopold III: Kepala

Leopold IV: Bergerak dalam panggul (BDP)

Analisa dan interpretasi data:

Bagian dari uterus yang merupakan tempat bagi janin dapat tumbuh dan berkembang adalah cavum uteri dimana rongga ini merupakan tempat yang luas bagi janin untuk dapat bertahan hidup sampai aterm tanpa ada rasa nyeri perut yang hebat. Tempat tersebut berada dalam corpus uteri yang disebut dengan kehamilan intra uterin.

#### 5. Tunggal

DS : Ibu mengatakan pergerakan janinnya kuat terutama disebelah kiri perut ibu.

DO : Palpasi : Leopold I : Tinggi fundus uteri  $\frac{1}{2}$  Pusat Px, 30 cm, teraba bokong pada fundus.

Leopold II : Punggung kanan

Leopold III : Kepala

Leopold IV : Bergerak dalam panggul (BDP)

Analisa dan interpretasi data :

Pembesaran perut sesuai umur kehamilan, teraba satu bokong, satu punggung, satu kepala dan terdengar denyut jantung janin pada satu titik serta pergerakan janin pada salah satu sisi perut ibu menandakan janin tunggal.



## 6. Keadaan janin

DS : Ibu mengatakan pergerakan janinnya sejak usia kehamilan 5 bulan sampai sekarang.

Ibu mengatakan janinnya bergerak kuat.

DO : Auskultasi : Denyut jantung janin terdengar jelas dan teratur pada kuadran kanan bawah dengan frekuensi 160x/menit.

Pembesaran perut sesuai usia kehamilan.

Analisa dan interpretasi data :

Denyut jantung janin dalam batas normal (120-160/menit), pergerakan janin yang dirasakan oleh ibu serta pertumbuhan dan pembesaran perut sesuai dengan umur kehamilan menandakan janin dalam keadaan baik.

## 7. Keadaan ibu

DS : -

DO : Keadaan ibu baik, kesadaran composmentis

Tanda-tanda vital dalam batas normal:

Tekanan darah : 100/70 mmHg

Nadi : 88x/menit

Suhu : 37,5 °C

Pernapasan : 20x/menit

Analisa dan interpretasi data:

Keadaan umum ibu baik ditandai dengan tanda-tanda vital dalam batas normal dan ditunjang dengan kesadaran composmentis menandakan ibu dalam keadaan baik.

8. In partu kala I fase aktif

DS : Ibu mengatakan sakit perut tembus ke belakang disertai pelepasan lendir dan darah sejak tgl 24-06-2010.

DO : Kontraksi uterus baik, his 3x dalam 10 menit durasi 30-35 detik.

VT tgl 24-06-2010, jam 07.30 wita

a. Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan

b. Porsio : Tipis

c. Pembukaan : 6 cm

d. Ketuban : Utuh

e. Presentase : Kepala

f. Penurunan : Hodge II

g. Moulase : Tidak ada

- h. Penumbungan : Tidak ada
- i. Kesan panggul : Normal
- j. Pelepasan : Lendir dan darah

Analisa dan interpretasi data:

- a. Perasaan sakit pada his mungkin disebabkan oleh iskemia dalam korpus uteri terdapat banyak serabut syaraf, peristiwa ini meneruskan perasaan sakit melalui saraf sensorik di fleksus hipogastikus ke sistem saraf pusat.
- b. Lendir yang bersemu darah ini berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar.
- c. Tekanan pada ganglion servikale yang tumbuh di belakang serviks. Bila ganglion itu tertekan, kontraksi uterus dapat dibangkitkan. His yang sempurna akan membuat dinding korpus uteri yang terdiri atas otot menjadi lebih tebal dan lebih pendek sedangkan dibagian bawah uterus dan serviks hanya mengandung jaringan kolagen akan pindah dan terbalik hingga menjadi tipis dan terbuka.
- d. Ibu dikatakan inpartu bilamana adanya rasa sakit oleh karena his yang datang, keluarnya lendir bercampur darah, kadang-kadang ketuban pecah dengan sendirinya, serta pada pemeriksaan dalam didapatkan serviks mendatar dan pembukaannya telah ada.

- e. Dikatakan fase aktif jika pada pemeriksaan dalam didapatkan pembukaan 4-10 atau pembukaan lengkap.

Masalah Aktual : Kecemasan

DS : Ibu mengatakan umur kehamilannya  $\pm 7$  bulan.

Ibu mengatakan merasa cemas.

DO : Ekspresi wajah ibu nampak cemas.

Ibu selalu bertanya-tanya tentang keadaannya.

Analisa dan interpretasi data :

Umur kehamilan ibu yang belum cukup bulan menimbulkan kekhawatiran yang diekspresikan dengan perasaan cemas.

### **LANGKAH III : IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL**

Tidak ada data yang menunjang untuk ditegakkannya diagnosa/masalah potensial.

### **LANGKAH IV: TINDAKAN SEGERA/EMERGENCY**

Tidak ada indikasi untuk dilakukannya tindakan segera/emergency

### **LANGKAH V : INTERVENSI**

Tujuan : Kala I berlangsung normal 5x dalam 10 menit durasi 50 detik.

Kriteria :

- a. Kontraksi uterus adekuat.

- b. Fase aktif tidak lebih dari 8 jam.
- c. Ibu dapat beradaptasi dengan nyeri.
- d. Kondisi ibu baik ditandai dengan tanda-tanda vital dalam batas normal:
  - 1) Tekanan darah : (N : 90/70-120/90 mmHg )
  - 2) Nadi : (N : 78-84x/menit )
  - 3) Suhu : (N : 36,5-37,5 °C)
  - 4) Pernapasan : (N : 16-20x/menit)
- e. Denyut jantung janin dalam batas normal (120-160x/menit ).

#### Rencana tindakan

1. Jelaskan penyebab nyeri.

Rasional : Agar klien dapat mengerti dan mengetahui penyebab nyeri sehingga dapat beradaptasi dengan nyeri tersebut.

2. Anjurkan pada ibu relaksasi dan pengaturan napas terutama saat kontraksi.

Rasional : Pada saat kontraksi terjadi ketegangan yang hebat ketegangan ini akan berkurang dengan adanya pengaturan napas terutama pada saat pengeluaran napas melalui mulut bukan melalui hidung.

3. Anjurkan pada ibu untuk berbaring dalam posisi miring ke kiri.

Rasional : Miring kiri dapat mencegah penekanan pada vena cava inferior yang dapat menyebabkan aliran darah terhambat sehingga berbaring miring ke kiri aliran darah dan oksigenasi ke janin lancar.

4. Beri hidrasi ibu dengan air putih.

Rasional : Dengan pemberian hidrasi oral akan menjaga keseimbangan cairan dalam tubuh sehingga tidak terjadi dehidrasi dan kelelahan serta pemakaian cadangan kalori yang berlebihan.

5. Obsevasi denyut jantung janin tiap 30 menit.

Rasional : Untuk menilai keadaan janin.

6. Monitor kemajuan persalinan.

Rasional : His dipantau tiap 30 menit.

Lakukan pemeriksaan dalam tiap 4 jam.

7. Bersihkan vulva dengan kapas savlon sebelum melakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah terjadinya infeksi.

Rasional : Membersihkan vulva dengan kapas savlon sebelum melakukan pemeriksaan dalam untuk mencegah masuknya kuman ke jalan lahir yang dapat menyebabkan infeksi.

8. Anjurkan kepada ibu untuk mengganti sarung jika kotor.

Rasional : Untuk mencegah terjadinya infeksi.

9. Berikan support pada ibu.

Rasional : Memberi dukungan kepada ibu agar semangat dan optimis menghadapi persalinannya.

10. Berikan kortikosteroid dan antibiotik.

Rasional : Kortikosteroid digunakan untuk mematangkan paru janin sedangkan antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi.

11. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I pada partograf.

Rasional : Pemantauan dengan partograf merupakan standarisasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan dan membantu menilai kemajuan persalinan dan pembukaan, keadaan ibu dan janin serta memudahkan dalam pengambilan keputusan klinis dan rencana asuhan selanjutnya.

## **LANGKAH VI: IMPLEMENTASI**

Implementasi tgl 24-06-2010

1. Menjelaskan penyebab nyeri yang dirasakan ibu yaitu karena tertekannya ujung-ujung saraf sewaktu uterus (corpus) berkontraksi dan tegangnya segmen bawah rahim.

2. Mengajarkan pada ibu cara relaksasi dan pengaturan napas pada saat kontraksi dengan cara menarik napas melalui hidung dan dikeluarkannya melalui mulut.
3. Mengajarkan pada ibu berbaring miring.
4. Memberikan hidrasi dengan air putih  $\pm$  200 liter.
5. Mengobservasi his, dj, dan nadi tiap 30 menit.

Jam	Frekuensi	Durasi	Dj	Nadi
07.30	3 × 10'	40"	135×/menit	85×/menit
08.00	3 × 10'	45"	140×/menit	88×/menit
08.30	3 × 10'	50"	135×/menit	85×/menit
09.00	4 × 10'	50"	130×/menit	88×/menit
09.30	4 × 10'	50"	130×/menit	88×/menit
10.00	5 × 10'	50"	130×/menit	88×/menit
10.30	5 × 10'	50"	130×/menit	88×/menit

6. Melakukan VT jam 10.30 wita

Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan

Porsio : Melesap

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : Jernih

Presentase : Kepala

Penurunan : Hodge IV

Moulase : Tidak ada



Penumbungan : Tidak ada

Kesan panggul : Normal

Pelepasan : Lendir dan darah

7. Menganjurkan ibu mengganti sarungnya yang kotor.
8. Melakukan pencatatan partograf.
9. Memberikan support pada ibu.
10. Memberikan kortikosteroid dan antibiotik

Hasil : Dexamethason 1 amp/6 jam/IV (pematangan paru janin)

Cefotaxim 1 gr/12 jam/IV (Antibiotik).

10. Dokumentasikan hasil pemantauan kala I pada partograf

Hasil: Pemantauan dengan partograf merupakan standarisasi dalam pelaksanaan asuhan kebidanan dan membantu menilai kemajuan persalinan dan pembukaan, keadaan ibu dan janin serta memudahkan dalam pengambilan keputusan klinis dan rencana asuhan selanjutnya.

## **LANGKAH VII : EVALUASI**

Evaluasi Tgl 24-06-2010

1. Kala I berlangsung normal ditandai dengan his adekuat 3x dalam 10 menit durasi 30-35 detik ibu dapat beradaptasi dengan nyerinya.

2. Tidak terjadi infeksi ditandai dengan tidak ada tanda–tanda infeksi.
3. Keadaan ibu dan janin baik dengan denyut jantung janin terdengar jelas dengan frekuensi 160x/menit.
4. Ibu mengatakan ingin BAB dan ada tekanan pada anus.
5. Ibu mengatakan ada dorongan untuk meneran.
6. Ibu mengatakan sakitnya bertambah kuat dan tembus kebelakang.
7. Tampak perineum menonjol, vulva dan anus membuka.
8. Tampak ibu ingin meneran.

## KALA II

### LANGKAH 1 : IDENTIFIKASI DATA DASAR

DS :

- a. Ibu mengatakan sakit semakin kuat.
- b. Ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran.
- c. Ibu mengatakan adanya tekanan pada anus dan rasa ingin BAB.
- d. Ibu mengatakan adanya pelepasan lendir dan darah.

DO :

- a. His 5x dalam 10 menit durasi 50 detik.
- b. Perineum menonjol.
- c. Vulva dan anus membuka.
- d. Djj terdengar pada kuadran kanan bawah dengan frekuensi 160x/menit.
- e. VT tgl 24-06-2010 jam 10.30 wita

Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan

Porsio : Melesap

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : Jernih

Presentase : Kepala

Penurunan : Hodge IV

Moulase : Tidak ada

Penumbungan : Tidak ada

Kesan panggul: Normal

Pelepasan : Lendir dan darah

## **LANGKAH II : MENETAPKAN DIAGNOSA/MASALAH AKTUAL**

Diagnosa Aktual : Perlangsungan kala II.

DS :

- a. Ibu mengatakan sakit semakin kuat.
- b. Ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran.
- c. Ibu mengatakan adanya tekanan pada anus dan rasa ingin BAB.

DO :

- a. His 5x dalam 10 menit durasi 50 detik.
- b. Perineum menonjol.
- c. Vulva dan anus membuka.
- d. Djj terdengar pada kuadran kanan bawah dengan frekuensi 160x/menit.

e. VT tgl 24-06-2010 jam 10.30 wita

Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan

Porsio : Melesap

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : Jernih

Presentase : Kepala

Penurunan : Hodge IV

Moulase : Tidak ada

Penumbungan : Tidak ada

Kesan panggul : Normal

Pelepasan : Lendir dan darah

Analisa dan interpretasi data :

- a. Pada waktu bagian terendah janin sampai pada dasar panggul timbul suatu refleks yang mengakibatkan otot diafragma tertekan kebawah sehingga timbullah tekanan untuk meneran.
- b. Penekanan pada rektum memberikan tekanan dan rangsangan pada ibu untuk BAB dan rasa ingin meneran.

- c. Denyut jantung janin antara 120-160x/menit menandakan janin dalam keadaan baik.
- d. Dengan adanya his yang adekuat mengakibatkan segmen atas rahim (SAR) berkontraksi mendorong janin turun ke segmen bawah rahim (SBR), segmen bawah tertarik ke atas menjadi dilatasi relaksasi sehingga membuat suatu saluran jalan lahir.

### **LANGKAH III : IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL**

#### **1. Asfiksia neonatorum**

DS : Ibu mengatakan umur kehamilannya  $\pm 7$  bulan.

DO : Hari pertama haid terakhir tanggal 1-11-2009.

Hari taksiran persalinan tanggal 08-08-2010.

Analisa dan interpretasi data:

Asfiksia neonatorum adalah keadaan dimana bayi tidak dapat bernafas spontan dan teratur, sehingga dapat menurunkan  $O_2$  dan semakin meningkatnya  $CO_2$  yang menimbulkan akibat buruk dalam kehidupan lanjut.

#### **2. DS : Ibu mengatakan umur kehamilannya $\pm 7$ bulan**

DO : Suhu Bayi baru lahir :  $35,8^{\circ}C$

Analisa dan interpretasi data:

Berat badan dibawah 2500 gr lebih mudah kehilangan panas melalui evaporasi, konduksi, konveksi, dan radiasi karena bayi baru lahir tidak dapat mengatur temperatur tubuhnya secara memadai dan dapat dengan cepat kedinginan. Jika kehilangan panas tidak segera dicegah maka dapat terjadi hipotermi.

#### **LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA/EMERGENCY**

Dilakukan tindakan segera yaitu merawat bayi dalam inkubator

#### **LANGKAH V : INTERVENSI**

Diagnosa aktual : Perlangsungan kala II.

Diagnosa potensial : Potensial terjadi asfiksia neonatorum.

Potensial terjadi hipotermi.

Tujuan : Kala II berlangsung normal.

kriteria :

- a. Kala II berlangsung tidak lebih dari 1-2 jam.
- b. Bayi lahir dalam waktu 30 menit, napas spontan dan segera menangis.
- c. Keadaan umum ibu baik ditandai dengan tanda-tanda vital dalam batas normal:

1) Tekanan darah : (N : 90/70-120/90 mmHg )

2) Nadi : (N : 78-84x/menit )

3) Suhu : (N: 36,5-37,5 °C)

4) Pernapasan : (N: 16-20x/menit)

d. Jumlah darah tidak lebih dari 500 cc.

e. Ibu langsung menyusui bayinya.

Intervensi tgl 24-06-2010

1. Lihat tanda dan gejala kala II ( dor-ran, tek-nus, per-jol, vul-ka).

Rasional : Dapat mengetahui apakah sudah dapat memimpin persalinan.

2. Siapkan peralatan pertolongan termasuk oksitosin dan spoit.

Rasional : Untuk mempersiapkan peralatan siap pakai dan tidak kerepotan bila pembukaan sudah lengkap.

3. Pakai celemek.

Rasional : Mempersiapkan diri sebelumnya dapat mencegah terjadinya infeksi silang dan tidak kerepotan bila pembukaan sudah lengkap.

4. Pastikan lengan tidak memakai perhiasan, cuci tangan dengan sabun di bawah air yang mengalir.

Rasional : Untuk mencegah terjadinya infeksi silang.



5. Pakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi.

Rasional : Untuk mencegah terjadinya infeksi silang.

6. Isi spoit dengan oksitosin 10 IU dengan satu tangan.

Rasional : Menyiapkan peralatan dalam keadaan siap pakai.

7. Bersihkan vulva sampai ke perineum.

Rasional : Untuk mencegah terjadinya infeksi silang.

8. Lakukan pemeriksaan dalam.

Rasional : Untuk mengetahui pembukaan dan kemajuan persalinan.

9. Dekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan di dalam laurutan klorin 0,5 % kemudian rendam secara terbalik selama 10 menit.

Rasional : Untuk mencegah terjadinya infeksi silang.

10. Dengar denyut jantung janin setelah uterus tidak berkontraksi.

Rasional : Untuk mengetahui keadaan janin.

11. Beritahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik

Rasional : Agar ibu tidak khawatir dengan keadaan janinnya dan mempersiapkan diri dalam proses persalinan.

12. Minta bantuan keluarga untuk membantu ibu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.

Rasional : Dapat membantu proses persalinan.

13. Pimpinlah ibu meneran saat ada his.

Rasional : Memperlancar berlangsungnya proses persalinan.

14. Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman.

Rasional : Dapat membantu dalam proses persalinan.

15. Pasang handuk yang bersih di atas perut ibu pada saat kepala janin terlihat di vulva dengan diameter 5- 6 cm.

Rasional : Untuk mengeringkan tubuh bayi.

16. Letakkan duk 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

Rasional : Sebagai alat untuk menyokong bayi.

17. Buka bak partus.

Rasional : Menyiapkan alat dalam keadaan siap pakai.

18. Pakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi (DTT).

Rasional : Untuk mencegah terjadinya infeksi silang.

19. Pimpin persalinan lindungi perineum dan tahan puncak kepala.

Rasional : Dengan menyokong perineum dapat mengurangi dan mencegah ruptur perineum.

20. Periksa adanya lilitan tali pusat.

Rasional : Lilitan tali pusat dapat menyebabkan asfiksia dan kematian janin.

21. Tunggu kepala melakukan putaran paksi luar.

Rasional : Menghilangkan torsi pada leher yang terjadi akibat putaran paksi dalam.

22. Letakkan tangan secara biparetal tarik secara hati-hati ke bawah untuk melahirkan bahu anterior dan ke atas untuk melahirkan bahu posterior.

Rasional : Membantu pengeluaran bahu agar tidak terjadi robekan perineum.

23. Lahirkan badan bayi dengan sanggah susur.

Rasional : Dengan sanggah susur mencegah ruptur perineum dan trauma pada bayi.

24. Telusuri punggung, bokong dan tungkai bayi.

Rasional : Mengendalikan pengeluaran bayi.

25. Nilai bayi dan letakkan bayi diatas perut ibu dengan posisi kepala lebih rendah dari tubuhnya.

Rasional : Dengan posisi tersebut memudahkan bayi untuk bernafas.

26. Keringkan badan bayi.

Rasional : Mencegah bayi tidak hipotermi.

## **LANGKAH VI : IMPLEMENTASI**

Implementasi tanggal 24-06-2010

- 1 Melihat tanda dan gejala kala II ( dor-ran, tek-nus, per-jol, vul-ka).
- 2 Menyiapkan peralatan pertolongan persalinan.
  - a. Bak partus yang berisi
    - 1) 1 ½ handscooen
    - 2) 2 buah koher
    - 3) ½ koher
    - 4) 1 buah gunting tali pusat
    - 5) 1 buah pengikat tali pusat
    - 6) Kateter
    - 7) Gunting episiotomi
  - b. Wadah DTT yang berisi
    - 1) Duk steril/alas bokong
    - 2) Penghisap lendir

3) Kapas savlon dan sarung tangan sebelah kanan

c. Ember yang berisi

1) Larutan DTT

2) Larutan klorin

3) Tempat plasenta

4) Tempat sampah

3 Memakai celemek.

4 Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, cuci tangan dengan sabun dibawah air yang mengalir.

5 Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi.

6 Mengisi spoit dengan oksitosin 10 IU dengan satu tangan.

7 Membersihkan vulva sampai ke perineum.

8 Melakukan pemeriksaan dalam tanggal 24-06-2010, jam 10.30 wita

Hasil :

a. Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan

b. Porsio : Melesap

c. Pembukaan : 10 cm

- d. Ketuban : Jernih
  - e. Presentase : Kepala
  - f. Penurunan : Hodge IV
  - g. Moulase : Tidak ada
  - h. Penumbungan : Tidak ada
  - i. Kesan panggul: Normal
  - j. Pelepasan : Lendir dan darah
- 9 Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan di dalam laurutan klorin 0,5 % kemudian rendam secara terbalik selama 10 menit.
- 10 Mendengar denyut jantung janin setelah uterus tidak berkontraksi.
- 11 Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.
- 12 Meminta bantuan keluarga untuk membantu ibu menyiapkan posisi untuk meneran.
- 13 Memimpin ibu meneran saat ada his.
- 14 Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman.
- 15 Memasang handuk yang bersih di atas perut ibu pada saat kepala janin terlihat di vulva dengan diameter 5- 6 cm.
- 16 Meletakkan duk 1/3 bagian di bawah bokong ibu.

- 17 Membuka bak partus.
  - 18 Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi.
  - 19 Memimpin persalinan lindungi perineum dan tahan puncak kepala.
  - 20 Memeriksa adanya lilitan tali pusat.
  - 21 Menunggu kepala melakukan putaran paksi luar.
  - 22 Meletakkan tangan secara biparetal tarik secara hati-hati ke bawah untuk melahirkan bahu anterior dan ke atas untuk melahirkan bahu posterior.
  - 23 Melahirkan kepala, leher dan bahu dengan sanggah susur.
  - 24 Melahirkan badan bayi dengan menelusuri punggung ke arah bokong sampai ditungkai bawah dan menyelipkan jari telunjuk dan jari tengah diantara kedua tungkai.
- Hasil : Bayi lahir spontan tanggal 24-06-2010, jam 10.40 wita,  
JK:Perempuan, BB : 1800 gram, PB : 40 cm, A/S : 7/8.
- 25 Menilai bayi dan meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi lebih rendah dari ibunya.
  - 26 Mengeringkan dan membungkus badan bayi.

#### **LANGKAH VII : EVALUASI**

Diagnosa : Perlangsungan kala II.

Evaluasi tgl 24-06-2010

1. Kala II berlangsung  $\pm$  10 menit.
2. Bayi lahir spontan tanggal 24-06-2010, jam 10.40 wita, JK : Perempuan,  
  
BB : 1800 gram, PB : 40 cm, A/S : 7/8.
3. Kontraksi uterus baik : teraba bundar dan keras.
4. Tinggi fundus uteri yaitu setinggi pusat.
5. Ibu mengatakan nyeri perut.
6. Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya.
7. Perdarahan  $\pm$  100 cc.
8. Plasenta belum terlepas.

### **KALA III**

#### **LANGKAH 1 : IDENTIFIKASI DATA DASAR**

DS :

- a. Ibu mengatakan nyeri perut.
- b. Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya.

DO :

- a. Bayi lahir spontan tanggal 24-06-2010, jam 10.40 wita, JK : Perempuan,  
  
BB : 1800 gram, PB : 40 cm, A/S : 7/8.
- b. Kontraksi uterus baik yaitu teraba bundar dan keras.



- c. Tinggi fundus uteri setinggi pusat.
- d. Perdarahan  $\pm$  150 cc.
- e. Plasenta belum terlepas.

Analisa dan interpretasi data :

Setelah bayi lahir uterus akan berkontraksi untuk mengeluarkan plasenta. Hal inilah yang menyebabkan nyeri perut.

## **LANGKAH II : MENETAPKAN DIAGNOSA/MASALAH AKTUAL**

Diagnosa : Perlangsungan kala III.

DS : Ibu mengatakan nyeri perut.

DO :

- a. Bayi lahir spontan tanggal 24-06-2010, jam 10.40 wita, JK : Perempuan, BB : 1800 gram, PB : 40 cm, A/S : 7/8.
- b. Kontraksi uterus baik, teraba bundar dan keras.
- c. Tinggi fundus uteri setinggi pusat.

Analisa dan interpretasi data :

Pada waktu kala III volume uterus sudah berkurang, tinggi fundus uteri teraba setinggi pusat pada saat itu uterus berkontraksi memperkecil cavum uteri sehingga terasa sakit dan teraba bundar dan keras.

### **LANGKAH III : IDENTIFIKASI DIAGNOSA/ MASALAH POTENSIAL**

Tidak ada indikasi untuk ditegakkannya diagnosa/masalah potensial.

### **LANGKAH IV: TINDAKAN SEGERA/EMERGENCY**

Tidak ada indikasi untuk dilakukannya tindakan segera/emergency.

### **LANGKAH V: INTERVENSI**

Diagnosa aktual : Perlangsungan kala III.

Diagnosa potensial : -

Tujuan : Kala III berlangsung normal.

kriteria : Perdarahan tidak lebih dari 500 cc.

Lamanya kala III  $\leq$  30 menit.

Plasenta dan selaput lahir lengkap.

Intervensi tanggal 24-06-2010

27 Periksa fundus uteri.

Rasional : Untuk memastikan kehamilan tunggal atau ganda.

28 Memberitahu ibu untuk di suntik.

Rasional : Agar ibu mengetahui tindakan yang akan dilakukan.

29 Menyuntik oksitosin 10 IU.

Rasional : Akan membantu kontraksi uterus.

30 Jepit tali pusat.

Rasional : Untuk memastikan atau menentukan batas tali pusat yang akan di potong.

31 Potong tali pusat dan mengikat 1 cm dari umbilikus.

Rasional : Dengan memotong tali pusat akan memutuskan hubungan bayi dan ibu dan membantu proses pernapasan dan sistem sirkulasi dan agar darah dari tali pusat tidak mengalir.

32 Letakkan bayi di dada atau di perut ibu.

Rasional : Untuk menjalin kasih sayang dengan ibunya.

33 Bungkus dan selimuti bayi.

Rasional : Mencegah terjadinya hipotermi.

34 Pindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva jika tali pusat bertambah panjang.

Rasional : Proses peregangan tali pusat terkendali.

35 Letakkan tangan kiri diatas simfisis untuk menahan bagian uterus dan tangan kanan memegang klem.

Rasional : Proses peregangan tali pusat terkendali.

36 Regangkan tali pusat saat uterus berkontraksi dengan tangan kanan dan tangan kiri mendorong uterus kearah dorso kranial.

Rasional : Dengan begitu akan memudahkan plasenta terlepas dari tempat implantasinya.

37 Jika tali pusat bertambah panjang tali pusat ditarik ke atas dan ke bawah.

Rasional : Dengan menarik ke bawah dan ke atas memudahkan plasenta keluar sesuai kurva jalan lahir hingga tampak di vulva.

38 Setelah plasenta tampak di vulva jemput plasenta dengan kedua tangan lalu putar dan lahirkan plasenta searah jarum jam.

Rasional : Agar plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap.

39 Lakukan masase uterus.

Rasional : Masase akan merangsang kontraksi uterus.

40 Periksa apakah plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap.

Rasional : Adanya sisa plasenta dan selaput ketuban dapat menyebabkan perdarahan.

41 Periksa adanya robekan jalan lahir.

Rasional : Robekan jalan lahir dapat menyebabkan perdarahan aktif.

42 Pastikan uterus berkontraksi dengan baik.

Rasional : Uterus yang berkontraksi dengan baik menandakan kala III berlangsung normal.

43 Biarkan bayi diatas perut ibu selama 1 jam.

Rasional : Menjalin kasih sayang ibu dan bayinya.

44 Lakukan inisiasi menyusui dini dan berikan injeksi Vit K.

Rasional : Hisapan yang akan merangsang hipofisis mengeluarkan hormon oksitosin yang membantu uterus berkontraksi dan injeksi untuk mencegah perdarahan pada otak.

45 Lakukan pemeriksaan fisik pada bayi.

Rasional : Untuk mengetahui apakah bayi lahir normal atau tidak.

46 Memberikan imunisasi hepatitis B.

Rasional : Memberikan antibodi.

#### **LANGKAH VI: IMPLEMENTASI**

Tanggal 24-06-2010

1. Memeriksa fundus uteri.
2. Memberitahu ibu untuk di suntik.
3. Menyuntik oksitosin 10 IU.
4. Menjepit tali pusat.
5. Memotong tali pusat dan mengikat 1 cm dari umbilikus.
6. Meletakkan bayi di dada atau perut ibu.

7. Membungkus dan menyelimuti bayi.
8. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva jika tali pusat bertambah panjang.
9. Meletakkan tangan kiri di atas simfisis menahan bagian uterus dan tangan kanan memegang klem.
10. Meregangkan tali pusat saat uterus berkontraksi dengan tangan kanan dan tangan kiri mendorong uterus ke arah dorso kranial.
11. Menarik tali pusat ke bawah dan ke atas.
12. Menjemput plasenta dengan kedua tangan lalu putar dan lahirkan plasenta searah jarum jam.

Hasil : Plasenta lahir jam 10.45 wita.

13. Melakukan masase uterus dengan gosokan fundus secara sirkuler.
14. Memeriksa apakah plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap.

Hasil: Plasenta, selaput ketuban dan kotiledon lahir lengkap.

15. Memeriksa adanya robekan jalan lahir

Hasil : Tidak ada robekan.

16. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik.

Hasil : Kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras, tinggi fundus uteri 1 jari di bawah pusat.

1. Kala III berlangsung normal.
2. Perdarahan  $\pm 150$  cc.
3. Plasenta dan selaput lahir lengkap.
4. Kala III berlangsung  $\pm 5$  menit.
5. Ibu mengatakan lelah setelah persalinan.
6. Kontraksi uterus baik, teraba bulat dan keras.
7. Tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat.
8. Tanda-tanda vital  $\rightarrow$  TD : 100/70 mmHg S : 37,5 °C  
N : 88x/menit P : 20 x/menit

## KALA IV

### LANGKAH I : IDENTIFIKASI DATA DASAR

Data Subjektif : Ibu mengatakan lelah setelah persalinan.

Data Objektif:

- a. Kala III berlangsung  $\pm 5$  menit.
- b. Plasenta lahir lengkap jam 10.45 wita.
- c. Tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat.
- d. Kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras.
- e. Perdarahan  $\pm 150$  cc.
- f. Tanda-tanda vital  $\rightarrow$  TD : 110/80 mmHg S : 37,2  
 $^{\circ}\text{C}$   
N : 86x/menit P : 22x/menit

### LANGKAH II: IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH AKTUAL

Diagnosa Aktual : Perlangsungan kala IV.

Masalah aktual : Kelelahan

DS : Ibu mengatakan lelah setelah persalinan.



DO :

- a. Kala III berlangsung  $\pm 5$  menit.
- b. Plasenta lahir lengkap jam 10.45 wita.
- c. Tanda-tanda vital:

TD : 110/70 mmHg      S : 37,2 °C

N : 86x/menit      P : 22x/menit

Analisa dan interpretasi data :

Saat kala IV diperlukan tenaga untuk mengeluarkan bayi sehingga tekanan cardiac meningkat mengakibatkan tekanan darah sedikit meningkat begitu pula dengan nadi.

### **LANGKAH III : IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL**

Tidak ada data yang menunjang untuk terjadinya masalah potensial.

### **LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA/EMERGENCY**

Tidak ada indikasi untuk dilakukannya tindakan segera.

### **LANGKAH V : INTERVENSI**

Diagnosa : Perlangsungan kala IV.

Masalah Aktual : Kelelahan

Tujuan : Kala IV berlangsung normal.

Kriteria :

- a. Tidak terjadi pendarahan.
- b. Kontraksi uterus baik, teraba bundar dan keras.
- c. Tinggi fundus uteri 1 jari di bawah pusat.
- d. Tanda-tanda vital dalam batas normal:

TD : 90/60 – 130/90 mmHg      S : 36,5 - 37,5 °C

N : 60 - 88 x/menit      P : 16 - 24x/menit

- e. Pernafasan dan suhu tubuh bayi dalam batas normal

P : 40 – 60 x/menit      S : 36,5 - 37,5 °C

Intervensi tanggal 24-06-2010

47. Lakukan pemantauan kontraksi uterus 3-5 menit dalam 10 menit pertama kemudian setiap 15 menit 1 jam berikutnya dan 30 menit pada satu jam berikutnya.

Rasional : Kontraksi uterus yang baik menandakan kala IV berlangsung normal.

48. Ajarkan pada ibu atau keluarga bagaimana cara masase uterus.

Rasional : Agar ibu mengetahui kontraksi uterus yang baik dan dapat melakukannya sendiri.

49. Evaluasi jumlah perdarahan.

Rasional : Untuk mengantisipasi jumlah perdarahan.

50. Periksa Tanda-tanda vital ibu.

Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum ibu.

51. Nilai pernapasan dan suhu tubuh bayi.

Rasional : Untuk menilai keadaan umum bayi.

52. Rendam alat dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

Rasional : Mencegah infeksi silang.

53. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi.

Rasional : Mencegah infeksi silang.

54. Bersihkan ibu dari sisa darah, lendir dan air ketuban.

Rasional : Memberi rasa nyaman pada ibu dan mencegah infeksi.

55. Pastikan ibu merasa nyaman, beritahu keluarga untuk beri makan dan minum.

Rasional : Dengan makan dan minum dapat memulihkan tenaga ibu yang telah terkuras selama proses persalinan sehingga stamina ibu tetap terjaga.

56. Dekontaminasi tempat tidur dengan larutan desinfeksi tingkat tinggi.

Rasional : Mencegah infeksi silang.

57. Bersihkan sarung tangan dan merendam dalam larutan klorin 0,5 % secara terbalik.

Rasional : Mencegah infeksi silang.

58. Cuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.

Rasional : Dengan mencuci tangan merupakan dekontaminasi agar tidak terjadi kontaminasi dengan bakteri.

59. Melengkapi partograf.

#### **LANGKAH VI : IMPLEMENTASI**

Tanggal 24-06-2010

47. Lakukan pemantauan kontraksi uterus.

Hasil : Kontraksi uterus baik teraba bundar dan keras.

48. Mengajarkan pada ibu atau keluarga bagaimana cara masase uterus.

Hasil : Keluarga mengerti dan bersedia melakukan sendiri.

49. Mengevaluasi jumlah perdarahan.

Hasil : Perdarahan  $\pm$  150 cc.

50. Memeriksa tanda-tanda vital ibu.

Hasil : TD : 110/80 mmHg                      S : 37,2 °C

N : 86x/menit                                      P : 22x/menit

51. Menilai pernapasan dan suhu tubuh bayi.

Hasil : P : 46x/menit

S : 35,8 °C

52. Merendam alat dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.

53. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi.

54. Membersihkan ibu dari sisa darah, lendir dan air ketuban.

55. Memastikan ibu merasa nyaman, beritahu keluarga untuk beri makan dan minum.

56. Mendekontaminasi tempat tidur dengan larutan desinfeksi tingkat tinggi.

57. Membersihkan sarung tangan dan merendam dalam larutan klorin 0,5 % secara terbalik.

58. Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.

59. Melengkapi partograf.

## **LANGKAH VII. EVALUASI**

Tanggal 24-06-2010

1. Kontraksi uterus baik, teraba bulat dan keras.
2. Tinggi fundus uteri 1 jari di bawah pusat.
3. Jumlah perdarahan  $\pm$  150 cc.

4. Keadaan umum ibu baik ditandai dengan

Tanda-tanda vital → TD : 110/70 mmHg S : 37,2 °C

N : 86x/menit

P : 22x/menit

5. Ibu sudah merasa nyaman.

6. Kesadaran composmentis.



**PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN**  
**INTRANATAL PATOLOGI PADA NY "Y"**  
**DENGAN PERSALINAN PREMATUR**  
**DI RSIA SITTI FATIMAH MAKASSAR**  
**TGL 24 JUNI 2010**

No Register : 04 94 22

Tgl MRS : 24 Juni 2010, jam 07.00 wita.

Tgl partus : 24 Juni 2010, jam 10.40 wita.

Tgl pengkajian : 24 Juni 2010, jam 07.15 wita.

Pengkaji : Saenab

**KALA I**

**LANGKAH 1: IDENTIFIKASI DATA DASAR**

**A. Identitas istri / suami**

1. Nama : Ny "Y" / Tn "S"
2. Umur : 21 tahun / 21 tahun
3. Lamanya menikah :  $\pm$  3 tahun
4. Suku : Bugis / Takalar

- 5. Agama : Islam / Islam
- 6. Pendidikan : SMA / SMA
- 7. Pekerjaan : IRT / Wiraswasta
- 8. Alamat : Jln. Pallantikang, Takalar.

1. Ibu mengatakan nyeri perut tembus kebelakang disertai pelepasan lendir dan darah.
2. Ibu mengatakan nyeri dirasakan sejak jam 05.00 wita.
3. Ibu mengatakan ini kehamilannya yang kedua.
4. Ibu mengatakan umur kehamilannya  $\pm$  7 bulan.
5. Ibu mengatakan janinnya bergerak kuat terutama pada kuadran kiri bawah perut ibu sejak usia kehamilannya  $\pm$  5 bulan.
6. Ibu mengatakan tetanus toksoid (TT) lengkap.
7. Ibu mengatakan tidak pernah menderita nyeri perut hebat.
8. Ibu tidak pernah menderita penyakit serius.

#### **DATA OBJEKTIF ( O )**

1. Pemeriksaan Fisik
  - a. Pemeriksaan umum



1) KU ibu baik.

2) Kesadaran composmentis.

3) Tinggi badan : 155 cm

4) Berat badan sebelum hamil : 46 kg kenaikan  $\pm 7$  kg

5) Berat badan sekarang : 53 kg

6) Lingkar lengan atas : 24 cm

7) Tanda-tanda vital : TD : 110/70 mmHg S : 37,5 °C

N : 88 kali/menit P : 20 kali/menit

b. Pemeriksaan khusus

1) Kepala

Inspeksi : Rambut hitam bersih dan tidak rontok.

Palpasi : Tidak ada massa.

2) Mata

Inspeksi : Konjungtiva merah muda, sklera putih.

3) Hidung

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada polip dan peradangan.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

## 4) Telinga

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada serumen.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan.

## 5) Mulut dan gigi

Inspeksi : Bibir lembab, tidak ada sariawan, 1 caries lama dan 2 gigi tercabut.

## 6) Leher

Inspeksi : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, kelenjar limfe, dan vena jugularis.

## 7) Dada

Inspeksi : Payudara simetris kiri dan kanan, puting susu terbentuk, hiperpigmentasi pada areola mammae.

Palpasi : Colostrum ada saat areola dipencet, tidak ada massa dan nyeri tekan.

## 8) Abdomen

Inspeksi : Nampak linea nigra dan striae alba, tidak ada luka bekas operasi.

Palpasi : Leopold I : 1/2 Pusat Px, 30 cm, teraba bokong pada fundus

Leopold II : Punggung kanan

Leopold III : Kepala

Leopold IV : Bergerak dalam panggul (BDP)

His 3x dalam 10 menit, durasi 30-35 detik.

Auskultasi : Denyut jantung janin terdengar jelas dan teratur pada kuadran kanan bawah dengan frekuensi 160x/menit.

9) Ekstremitas atas/bawah

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, terpasang infus RL 28 tts/menit pada tangan kanan, tidak ada varices.

Palpasi : Tidak ada oedema dan nyeri tekan.

Perkusi : Reflex patella (+) kiri dan kanan.

10) Genetalia : Tidak ada varises, tidak ada oedema, nampak pengeluaran lendir dan darah.

VT Tgl 24-06-2010, jam 07.30 wita

a) Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan

b) Porsio : Tebal

c) Pembukaan : 6 cm

d) Ketuban : Utuh

- e) Presentase : Kepala
- f) Penurunan : Hodge II
- g) Moulase : Tidak ada
- h) Penumbungan : Tidak ada
- i) Kesan panggul : Normal
- j) Pelepasan : Lendir dan darah

#### ASSESSMENT ( A )

Diagnosa : G II P I AO, gestasi 28-30 Minggu, situs memanjang, intra uterin, tunggal, keadaan janin, keadaan ibu, in partu kala I fase aktif.

#### PLANNING ( P )

1. Menjelaskan pada ibu tentang keadaannya.
2. Menganjurkan ibu untuk BAK dan cuci kaki.
3. Menganjurkan ibu untuk menarik napas panjang saat ada his.
4. Menganjurkan ibu untuk intake makanan dan minuman pada saat his berkurang.
5. Memeriksa His, denyut jantung janin, nadi tiap 30 menit.

Jam	Frekuensi	Durasi	Djj	Nadi
07.30	3 × 10'	40"	135×/menit	85×/menit
08.00	3 × 10'	45"	140×/menit	88×/menit
08.30	3 × 10'	50"	135×/menit	85×/menit

09.00	4 × 10'	50"	130×/menit	88×/menit
09.30	4 × 10'	50"	130×/menit	88×/menit
10.00	5 × 10'	50"	130×/menit	88×/menit
10.30	5 × 10'	50"	130×/menit	88×/menit

6. Melakukan pemeriksaan dalam tiap 4 jam atau  $\leq 4$  jam jika ada indikasi.

Hasil :

- a. Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan
- b. Porsio : Melesap
- c. Pembukaan : 10 cm
- d. Ketuban : Jernih
- e. Presentase : Kepala
- f. Penurunan : Hodge IV
- g. Moulase : Tidak ada
- h. Penumbungan : Tidak ada
- i. Kesan panggul : Normal
- j. Pelepasan : Lendir dan darah

7. Mengobservasi tanda-tanda vital tiap 4 jam.

Hasil

Jam	TD	Suhu
-----	----	------

07.30	100/70 mmHg	37,5 °C
-------	-------------	---------

8. Memberi support dan motivasi pada ibu.
9. Menganjurkam ibu memilih posisi yang menguntungkan, tidur miring kesalah satu sisi.
10. Memberikan kortikosteroid dan antibiotik.
11. Memantau kemajuan persalinan dengan partograf.

## **KALA II**

### **DATA SUBJEKTIF (S)**

- a. Ibu mengatakan sakit semakin kuat.
- b. Ibu mempunyai dorongan kuat untuk meneran.
- c. Ibu mengatakan adanya tekanan pada anus dan rasa ingin BAB.
- d. Ibu mengatakan adanya pelepasan lendir dan darah.

### **DATA OBJEKTIF (O)**

- a. His 5x dalam 10 menit durasi 50 detik.
- b. Perineum menonjol.
- c. Vulva dan anus membuka.

d. Denyut jantung janin terdengar pada kuadran kanan bawah dengan frekuensi 160x/menit.

e. VT tgl 24-06-2010, jam 10.30 wita

Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan

Porsio : Melesap

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : Jernih

Presentase : Kepala

Penurunan : Hodge IV

Moulase : Tidak ada

Penumbungan : Tidak ada

Kesan panggul : Normal

Pelepasan : Lendir dan darah

### ASSESSMENT (A)

Diagnosa : Perlangsungan kala II.

Masalah potensial : Potensial terjadi asfiksia neonatorum.

Potensial terjadi hipotermi.

**PLANNING (P)**

1. Melihat tanda dan gejala kala II ( dor-ran, tek-nus, per-jol, vul-ka).
2. Menyiapkan peralatan pertolongan persalinan.
  - a. Bak partus yang berisi
    - 1) 1 ½ handscooen
    - 2) 2 buah koher
    - 3) ½ koher
    - 4) 1 buah gunting tali pusat
    - 5) 1 buah pengikat tali pusat
    - 6) Kateter
    - 7) Gunting episiotomi
  - b. Wadah DTT yang berisi
    - 1) Duk steril/alas bokong
    - 2) Penghisap lendir
    - 3) Kapas savlon dan sarung tangan sebelah kanan
  - c. 4 ember yang berisi
    - 1) Larutan DTT



- 2) Larutan klorin
  - 3) Tempat plasenta
  - 4) Tempat sampah
3. Memakai celemek.
  4. Memastikan lengan tidak memakai perhiasan, cuci tangan dengan sabun di bawah air yang mengalir.
  5. Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi.
  6. Mengisi spuit dengan oksitosin 10 IU dengan satu tangan.
  7. Membersihkan vulva sampai ke perineum.
  8. Melakukan pemeriksaan dalam tanggal 24-06-2010, jam 10.30 wita.

Hasil :

- a. Vulva/Vagina : Tidak ada kelainan
- b. Porsio : Melesap
- c. Pembukaan : 10 cm
- d. Ketuban : Jernih
- e. Presentase : Kepala
- f. Penurunan : Hodge IV

- g. Moulase : Tidak ada
  - h. Penumbungan : Tidak ada
  - i. Kesan panggul : Normal
  - j. Pelepasan : Lendir dan darah
9. Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan di dalam laurutan klorin 0,5 % kemudian rendam secara terbalik selama 10 menit.
  10. Mendengar denyut jantung janin setelah uterus tidak berkontraksi.
  11. Memberitahu ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik.
  12. Meminta bantuan keluarga untuk membantu ibu menyiapkan posisi ibu untuk meneran.
  13. Memimpin ibu meneran saat ada his.
  14. Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman.
  15. Memasang handuk yang bersih di atas perut ibu pada saat kepala janin terlihat di vulva dengan diameter 5- 6 cm.
  16. Meletakkan duk 1/3 bagian di bawah bokong ibu.
  17. Membuka bak partus.
  18. Memakai sarung tangan desinfeksi tingkat tinggi.
  19. Memimpin persalinan lindungi perineum dan tahan puncak kepala.

20. Memeriksa adanya lilitan tali pusat.
  21. Menunggu kepala melakukan putaran paksi luar.
  22. Meletakkan tangan secara biparetal tarik secara hati-hati ke bawah untuk melahirkan bahu anterior dan ke atas untuk melahirkan bahu posterior.
  23. Melahirkan kepala, leher dan bahu dengan sanggah susur.
  24. Melahirkan badan bayi dengan menelusuri punggung ke arah bokong sampai ditungkai bawah dan menyelipkan jari telunjuk dan jari tengah diantara kedua tungkai.
- Hasil :Bayi lahir spontan tanggal 24-06-2010, jam 10.40 wita, JK: Perempuan, BB : 1800 gr, PB : 40 cm, A/S : 7/8.
25. Menilai bayi dan meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi lebih rendah dari ibunya.
  26. Mengeringkan dan membungkus badan bayi.

### **KALA III**

#### **DATA SUBJEKTIF (S)**

- a. Ibu mengatakan nyeri perut.
- b. Ibu mengatakan senang dengan kelahiran bayinya.

#### **DATA OBJEKTIF (O)**

- a. Bayi lahir spontan tanggal 24-06-2010, jam 10.40 wita, JK : Perempuan,

BB : 1800 gr, PB : 40 cm, A/S : 7/8.

- b. Kontraksi uterus baik : teraba bundar dan keras.
- c. Tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat.
- d. Perdarahan  $\pm$  150 cc.
- e. Plasenta belum terlepas.

#### ASSESSMENT (A)

Diagnosa : Perlangsungan kala III.

Masalah potensial : -

#### PLANNING (P)

- 27. Memeriksa fundus uteri.
- 28. Memberitahu ibu untuk disuntik.
- 29. Menyuntik oksitosin 10 IU.
- 30. Menjepit tali pusat.
- 31. Memotong tali pusat dan mengikat 1 cm dari umbilikus.
- 32. Meletakkan bayi di dada atau perut ibu.
- 33. Membungkus dan selimuti bayi.

34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5 - 10 cm dari vulva jika tali pusat bertambah panjang.
35. Meletakkan tangan kiri di atas simfisis menahan bagian uterus dan tangan kanan memegang klem.
36. Meregangkan tali pusat saat uterus berkontraksi dengan tangan kanan dan tangan kiri mendorong uterus ke arah dorso kranial.
37. Menarik tali pusat ke bawah dan ke atas.
38. Menjemput plasenta dengan kedua tangan lalu putar dan lahirkan plasenta searah jarum jam.
- Hasil : Plasenta lahir jam 10.45 wita.
39. Melakukan masase uterus dengan gosokan fundus secara sirkuler.
40. Memeriksa apakah plasenta dan selaput ketuban lahir lengkap.
- Hasil: Plasenta, selaput ketuban dan kotiledon lahir lengkap.
41. Memeriksa adanya robekan jalan lahir.
- Hasil : Tidak ada robekan.
42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik.
- Hasil : Kontraksi uterus baik teraba bulat dan keras, tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat.
43. Membiarkan bayi di atas perut ibu selama 1 jam.

44. Melakukan inisiasi menyusui dini dan berikan injeksi Vit K.

Hasil : Injeksi Vit K sudah diberikan.

45. Melakukan pemeriksaan fisik pada bayi.

Hasil : BB : 1800 gr, PB : 40 cm, JK : Perempuan, anus (+).

46. Memberikan imunisasi hepatitis B.

Hasil : Injeksi hepatitis sudah diberikan.

#### **KALA IV**

##### **DATA SUBJEKTIF (S)**

Ibu mengatakan lelah setelah persalinan.

##### **DATA OBJEKTIF (O)**

Kala III berlangsung  $\pm 5$  menit.

Plasenta lahir lengkap jam 10.45 wita.

Tinggi fundus uteri 1 jari bawah pusat.

Kontraksi uterus baik : teraba bundar dan keras.

Perdarahan  $\pm 150$  cc.

Ibu Nampak lelah.

Tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmHg

S: 37,2 °C

N : 86x/menit

P: 22x/menit.

### **ASSESSMENT (A)**

Diagnosa : Perlangsungan kala IV.

Masalah aktual : Kelelahan

### **PLANNING (P)**

Tanggal 24-06-2010

47. Melakukan pemantauan kontraksi uterus.

Hasil : Kontraksi uterus baik teraba bundar dan keras.

48. Mengajarkan pada ibu atau keluarga bagaimana cara masase uterus.

Hasil : Keluarga mengerti dan bersedia melakukan sendiri.

49. Mengevaluasi jumlah perdarahan.

Hasil : Perdarahan  $\pm$  100 cc.

50. Memeriksa tanda-tanda vital ibu.

Hasil : TD : 110/80 mmHg

S : 37,2 °C

N : 86x/menit

P : 22x/menit

51. Menilai pernapasan dan suhu tubuh bayi.

Hasil : P : 46x/menit

S : 35,8 °C

52. Merendam alat dalam larutan klorin 0,5 % selama 10 menit.
53. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi.
54. Membersihkan ibu dari sisa darah, lendir dan air ketuban.
55. Memastikan ibu merasa nyaman, beritahu keluarga untuk beri makan dan minum.
56. Mendekontaminasi tempat tidur dengan larutan desinfeksi tingkat tinggi.
57. Membersihkan sarung tangan dan merendam dalam larutan klorin 0,5 % secara terbalik.
58. Mencuci tangan dengan sabun di bawah air mengalir.
59. Melengkapi partograf.



## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan menguraikan kesesuaian maupun kesenjangan yang ada antara teori dan praktek dalam pelaksanaan Manajemen Asuhan Kebidanan dengan kasus Persalinan Prematur yang telah dilaksanakan di RSIA Sitti Fatimah Makassar pada tanggal 03-24 Juni 2010. Untuk lebih memudahkan pembahasan ini, maka penulis akan menguraikannya satu persatu sebagai berikut:

#### **A. LANGKAH I : IDENTIFIKASI DATA DASAR**

Pada langkah I ini yaitu tahap pengkajian, penulis tidak mendapat hambatan dalam pengumpulan data karena baik klien, suami dan keluarga sangat kooperatif dan mau bekerjasama dalam memberikan informasi-informasi yang diperlukan maupun dalam pelaksanaan tindakan pemeriksaan pada klien. Selain itu, didukung pula dengan adanya bantuan serta bimbingan dari bidan dan dokter yang bertugas di RSIA Sitti Fatimah Makassar pada saat itu, sehingga penulis dapat memperoleh data yang akurat sehubungan dengan kasus/kondisi klien tersebut.

Pada tinjauan pustaka/teori yang ada disebutkan bahwa diagnosis klinis persalinan prematur adalah sebagai berikut

- a. Penentuan usia kehamilan.
- b. Tanda klinis persalinan prematur yaitu meningkatnya frekuensi kontraksi rahim, terdapat perubahan serviks, dan adanya perdarahan pervaginam.

Berdasarkan praktek yang telah dilaksanakan dalam pengumpulan data pada klien dengan kasus persalinan prematur menunjukkan adanya kesesuaian dengan teori yang ada dimana cara mendiagnosis persalinan prematur yang ditemukan pada klien sama dengan yang ada pada teori yaitu:

- a. Dalam menentukan usia kehamilan ini didapatkan bahwa usia kehamilan ibu 29 minggu 4 hari maka ibu dikategorikan mengalami persalinan prematur.
- b. Tanda klinis yang didapatkan yaitu meningkatnya frekuensi kontraksi rahim, terdapat perubahan serviks dan adanya perdarahan pervaginam.

## **B. LANGKAH II : IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH AKTUAL**

Pada langkah II ini, setelah mengumpulkan data yang akurat dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan.

Berdasarkan praktek yang telah dilaksanakan tidak terdapat kesenjangan dengan teori yang ada dalam menentukan diagnosa dan masalah aktual dimana setelah mengumpulkan data yang akurat baik secara subjektif

maupun objektif, maka penulis kemudian melakukan analisa dan interpretasi data dan diperoleh diagnosa dan masalah aktual sebagai berikut:

1. Diagnosa : G II P I AO, gestasi 28-30 Minggu, situs memanjang, intra uterin, tunggal, keadaan janin, keadaan ibu, in partu kala I fase aktif.
2. Masalah Aktual : Kecemasan.

### **C. LANGKAH III : IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL**

Berdasarkan teori yang ada bahwa setiap diagnosa/masalah aktual memiliki potensi atau kemungkinan untuk menjadi lebih berat. Oleh karena itu perlu dilakukan antisipasi sebelum keadaan tersebut terjadi. Pada kasus persalinan prematur diagnosa atau masalah potensial yang dapat terjadi khususnya bagi bayi adalah asfiksia neonatorum dan hipotermi.

Dari praktek yang telah dilaksanakan di RSIA Sitti Fatimah Makassar menunjukkan tidak ada kesenjangan dengan teori yang ada dimana diagnosa atau masalah potensial dari persalinan prematur adalah :

1. Potensial terjadinya asfiksia neonatorum.
2. Potensial terjadinya hipotermi.

### **D. LANGKAH IV : TINDAKAN SEGERA/EMERGENCY**

Berdasarkan teori yang ada bahwa klien pada kasus persalinan prematur yang masuk dirumah sakit, terlebih dahulu dilakukan perbaikan keadaan umum misalnya dengan pemasangan infus. Dan juga dilakukan pemberian

kortikosteroid untuk mematangkan paru janin. Hal ini menunjukkan adanya kesesuaian dengan praktek yang telah dilaksanakan di RSIA Sitti Fatimah Makassar dimana klien masuk dengan nyeri perut tembus kebelakang dan disertai pengeluaran lendir dan darah dimana usia kehamilannya belum cukup bulan sehingga dilakukan tindakan segera berupa pemasangan infus RL 28 tetes/menit.

Selain itu, yang menunjukkan adanya kesesuaian antara teori dan praktek yang telah dilaksanakan yaitu dalam pemberian kortikosteroid. Dimana salah satu syarat dari pemberian kortikosteroid yaitu : umur kehamilan kurang dari 35 minggu.

Hal ini sesuai dengan studi kasus yang diangkat oleh penulis dimana klien diberikan kortikosteroid untuk mematangkan paru janin dengan syarat seperti yang telah disebutkan di atas.

#### **E. LANGKAH V : INTERVENSI**

Berdasarkan teori yang ada bahwa setelah menentukan diagnosa/masalah klien maka dilanjutkan dengan perencanaan asuhan yang menyeluruh untuk mengatasi masalah/memenuhi kebutuhan klien. Adapun tindakan yang dilakukan pada klien dengan kasus persalinan prematur adalah :

1. Perbaikan keadaan umum.
2. Pemberian kortikosteroid dan antibiotik.
3. Pemantauan kala I.

4. Pemantauan kala II.
5. Pemantauan kala III.
6. Pemantauan kala IV

#### **F. LANGKAH VI : IMPLEMENTASI**

Berdasarkan teori yang ada bahwa pelaksanaan rencana tindakan asuhan kebidanan dilakukan secara efektif dan aman dimana pelaksana rencana tindakan asuhan adalah bidan dan berkolaborasi dengan dokter.

Dari praktek yang telah dilaksanakan menunjukkan bahwa tidak terdapat kesenjangan dengan teori yang ada dalam pelaksanaan rencana tindakan asuhan kebidanan dimana pada studi kasus ini semua perencanaan asuhan yang telah dibuat dapat dilaksanakan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan disini adalah bidan dan berkolaborasi dengan dokter.

#### **G. LANGKAH VII : EVALUASI**

Pada langkah VII ini, penulis dapat mengevaluasi tindakan asuhan yang telah diberikan dengan hasil masalah dapat diatasi yang berarti pelaksanaan rencana tindakan asuhan kebidanan tersebut efektif. Dalam langkah VII ini tidak terdapat perbedaan antara praktik dan teori dalam melakukan evaluasi.

Adapun hasil evaluasi dari studi kasus persalinan prematur ini, yaitu :

1. Persalihan prematur berlangsung normal ditandai dengan :

- a. Kala I berlangsung normal yaitu kontraksi uterus adekuat, fase aktif tidak lebih dari 8 jam, kondisi ibu baik, dan denyut jantung janin dalam batas normal.
  - b. Kala II berlangsung tidak lebih dari 1-2 jam, bayi lahir dalam waktu 30 menit, napas spontan dan segera menangis, KU ibu baik, jumlah darah tidak lebih dari 500 cc.
  - c. Lamanya kala III  $\leq 30$  menit, perdarahan tidak lebih dari 500 cc, plasenta dan selaput lahir lengkap.
  - d. Kala IV berlangsung normal ditandai dengan tidak terjadi perdarahan, uterus teraba bundar dan keras, tinggi fundus uteri 1 jari di bawah pusat, tanda-tanda vital dalam batas normal.
2. Kecemasan ibu teratasi ditandai dengan :
- a. Ibu tidak bertanya-tanya lagi.
  - b. Ekspresi wajah klien tampak tenang.

## **H. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN**

Pendokumentasian dibuat sebagai laporan pertanggungjawaban seorang petugas kesehatan (bidan) atas segala tindakan yang dilakukan kepada klien. Pendokumentasian ini dibuat dalam rekam medik klien yang telah tersedia di setiap rumah sakit termasuk RSIA Sitti Fatimah Makassar.

Dalam pendokumentasian ini tidak terdapat perbedaan antara praktik yang telah dilaksanakan di RSIA Sitti Fatimah Makassar dan teori yang telah ada dimana dokumentasi dilakukan dalam bentuk SOAP.



## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan hasil studi kasus yang dilaksanakan dibandingkan dengan teori yang ada, maka penulis akan mengemukakan beberapa kesimpulan dan saran yang merupakan gambaran dan informasi tentang persalinan premature.

#### **A. Kesimpulan**

1. Berdasarkan praktek yang telah dilaksanakan di RSIA Sitti Fatimah Makassar dalam memberikan asuhan kebidanan pada kasus persalinan prematur menunjukkan tidak ada kesenjangan dengan teori yang telah ada. Hal ini dapat dilihat dari awal pengkajian sampai pada evaluasi dan dokumentasi asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien tersebut dapat terlaksana dengan baik dan didukung oleh kerjasama yang baik antara klien, keluarga, tim paramedis (bidan) dan tim medis (dokter).
2. Dari pengkajian dan interpretasi data serta analisa ditemukan diagnosa/masalah pada Ny."Y" yaitu persalinan prematur dan masalah kecemasan.
3. Persalinan prematur adalah persalinan yang terjadi pada kehamilan kurang dari 37 minggu (antara 20-37 minggu) atau dengan berat janin kurang dari 2500 gram. Pada kasus ini umumnya klien masuk RS karena adanya keluhan nyeri perut tembus ke belakang disertai dengan pengeluaran lendir dan darah sebelum usia kehamilan belum cukup bulan.



4. Penanganan persalinan prematur ini dimulai dengan pemasangan infus RL 28 tts/menit kemudian diberikan injeksi cefotaxime 1 gr/12 jam/IV dan dexamethason 1 amp/6 jam/IV.
5. Manajemen kebidanan adalah suatu proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan sebagai langkah-langkah yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bidan.
6. Pendokumentasian sangat perlu karena merupakan salah satu pembuktian tanggung jawab bidan terhadap asuhan kebidanan yang telah diberikan kepada klien.

## **B. Saran**

### **1. Saran untuk klien**

Ibu bersalin yang mempunyai faktor resiko diharapkan sedapat mungkin pertolongan persalinannya dilakukan di rumah sakit yang mempunyai fasilitas yang lengkap sehingga jika ada komplikasi dapat ditangani dengan cepat dan tepat.

### **2. Saran untuk profesi bidan**

- a. Petugas kesehatan khususnya bidan diharapkan senantiasa berupaya untuk meningkatkan keterampilan dan kemampuannya dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang lebih profesional.
- b. Bidan dalam memberikan asuhan harus sesuai kewenangannya, untuk itu manajemen asuhan kebidanan perlu dikembangkan karena

merupakan alat yang membantu seorang bidan untuk memecahkan masalah klien dalam berbagai situasi.

### 3. Saran untuk institusi

Bagi institusi pendidikan khususnya institusi pendidikan kesehatan diharapkan dapat meningkatkan mutu dan sarana pendidikan agar dapat menghasilkan tenaga kesehatan yang berkualitas guna menciptakan sumberdaya manusia yang berpotensi dan profesional.



## DAFTAR PUSTAKA

- Dapartemen Agama RI. 2005. *Al-Quran & Terjemahannya*. Bandung: CV Penerbit J-ART. Asri.
- Asri, Hidayat dan Mufdlilah. 2009. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Mitra Cendikia.
- Ayah Bunda. *Prematur*. <http://www.ayahbunda.co.id>, di akses tanggal 12 Maret 2010.
- Azwar, Azrul. 2007. *Asuhan Persalinan Normal*. Edisi ketiga (revisi). Jakarta: JNPK-KR.
- Al Bukhari, Ismail bin Muhammad, Sahih al Bukhari. 2000. *Hadits Encyclopedia* ver. II. Global Islamic Software Company.
- Dhila. *Persalinan Prematur*. <http://bidandhila.blogspot.com>, diakses tanggal 23 Maret 2010.
- Drnyol. *Serviks Inkompeten*. <http://drnyol.info/wp-content/uploads>, diakses tanggal 20 April 2010.
- Health, Womens, *Plasenta Previa*. <http://www.womenshealthsection.com>, diakses tanggal 20 April 2010.
- Hidayat dan Mufdlilah. 2009. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Mitra Cendikia.
- Himapid. *Persalinan Prematur* <http://Imapid.blogspot.com/2009/10/>, diakses tanggal 12 maret 2010.
- Ilmu Komputer. *Persalinan Prematur*. <http://ilmukomputer2.blogspot.com/2009/10/html>,diakses tanggal 12 maret 2010.
- Impian, Lentera. *Prematur*. <http://lenteraimpian.wordpress.com>, diakses tanggal 23 Maret 2010.
- Koesno, Harni. 2008/ 2009. *Mims Bidan*. Edisi Perdana. Jakarta: CMP Medica.
- Lamadhah, Athif. 2009. *Buku Pintar Kehamilan dan Melahirkan*. Cet. XIII; Jogjakarta: DIVA Press (Anggota IKAPI).
- Maimunah, Siti. 2005. *Kamus Istilah Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Media Ilmu. *Prematuritas*. <http://mediailmukeperawatan-susanto.blogspot.com>, diakses tanggal 20 April 2010
- Morgan, Geri. 2008. *Gawat Darurat Obstetri-Ginekologi dan Obstetri-Ginekologi Sosial untuk Profesi Bidan*. Edisi Kedua. Cetakan pertama; Jakarta: EGC.

Saifuddin, AB. 2006. *Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Cet. IV; Jakarta: YBP-SP.

Soepardan, Suriani. 2007. *Konsep Kebidanan*. Cetakan Pertama; Jakarta: EGC.

UMJ. *Kehamilan Ganda*. <http://reproduksiumj.blogspot.com>, diakses tanggal 20 April 2010.

Widjayanegara, Hidayat, dkk. 2009. *Prematuritas*. Cet. Pertama; Bandung: PT Refika Aditama.

Wikjnosastro, Hanifa. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 3. Cet. VII; Jakarta: YBP-SP.

